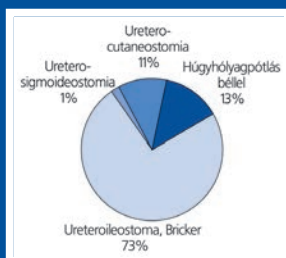
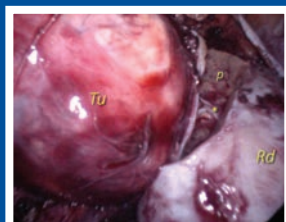
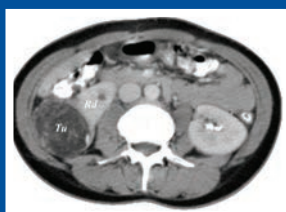


2015. / XXVII. ÉVFOLYAM / 1. SZÁM

Magyar UROLOGIA

A MAGYAR UROLÓGUS TÁRSASÁG TUDOMÁNYOS FOLYÓIRATA



■ KÖSZÖNTŐ	1
■ UROONKOLÓGIA	
Laparoszkópia szerepe a vese angiomyolipomák sebészi kezelésében Pusztai Csaba dr., Semjén Dávid dr., Bányai Dániel dr., Sarlós Donát Péter dr., Farkas, László dr., Szántó Árpád dr.	2
Az intraoperatív vérvesztés és onkológiai faktorok kapcsolata radikális retropubikus prostatectomia során Romics Miklós dr., Majoros Attila dr., Romics Imre dr., Nyirády Péter dr.	7
■ KLINIKAI TANULMÁNYOK	
A terápia hatékonysága és a testtömegindex közötti összefüggés hormonkezelt prosztatatumoros betegek esetében – PROTECT-Z – Beavatkozással nem járó vizsgálat Buzogány István dr.	10
Az anyai betegségek és azok gyógyszeres kezelésének szerepe az izolált hypospadiasis kialakulásában Mavrogenis Stelios dr., Urban Róbert dr., Czeizel Endre dr., Mavrogenis Aphrodite, Szabó Ferenc János dr., Ács Nándor dr.	15
■ ADATOK, MŰTÉTEK 2013	
Beszámoló az urológiai fekvőbeteg-ellátásról a 2013-as adatok alapján Böszörményi-Nagy Géza dr.	22
■ KONGRESSZUSOK	
Az Európai Urológus Társaság Uroonkológiai Szekciója (ESOU) 12. Kongresszusa 2015: személyre szabott terápia és az uroonkológia jövője Nyirády Péter dr., Szűcs Miklós dr., Riesz Péter dr., Bajory Zoltán dr., Szántó Árpád dr.	44
■ HÍREK	56
■ KONGRESSZUSI NAPTÁR	58

JOURNAL OF THE HUNGARIAN SOCIETY OF UROLOGY

Sildenafil Teva

25 mg 4x
50 mg 4x, 8x
75 mg 4x, 8x
100 mg 4x, 8x

szildenafil
filmtabletta

**Új, egyedülálló
75mg-os
kiszereles!***

Új méretre szabtuk,
hogy még jobban álljon.



Minden férfinak jól áll

Emelkedhetnek a vágyak,
mert leestek az árak.



TEVA Gyógyszergyár Zrt.
4042 Debrecen, Pallagi út 13.
Levelezési cím: 1134 Budapest, Váci út 29. Vision Towers.
Telefon: (1) 288 6400, Fax: (1) 288-6410
További információk: www.teva.hu

Sildenafil Teva

25 mg, 50 mg 75 mg és 100 mg filmtabletta

Hatóanyag: 25 mg, 50 mg, 75 mg és 100 mg sildenafil citrát (citrát formájában) tablettánként.

ATC-kód: G04BE03

LAKTÓZMENTES!!!

Terápiás javallatok: Erectilis dysfunctio kezelésére, amely a kielégítő szexuális teljesítéshez szükséges penis erectio elérésének, illetve fenntartásának képtelensége.

A Sildenafil Teva hatásának eléréséhez szexuális ingerlés szükséges. **Adagolás és alkalmazás:** javasolt adagja 50 mg, amit hozzávetőleg 1 órával a szexuális tevékenység előtt kell bevenni. A hatásosságtól és a készítmény tolerálhatóságától függően az adag 75mg-ra vagy 100 mg-ra növelhető vagy 25 mg-ra csökkenthető. A legnagyobb adag 100 mg. A készítmény naponta legfeljebb egyszer alkalmazható.

Gyógyszerköcsönhatások és egyéb interakciók: A sildenafil a cytochrom P450 (CYP) enzimszisztémában, elsősorban a 3A4 izoenzim és kisebb mértékben a 2C9 izoenzim hatására metabolizálódik, az ezeknek az izoenzimeknek a működését gátló vegyületek csökkenthetik a sildenafil clearance-ét. Az egyidejűleg adott CYP3A4 inhibitorok (pl. ketokonazol, eritromicin vagy cimetidin) csökkentik a sildenafil eliminációját, ilyen esetben megfontolandó a 25 mg-os kezdő adag. A sildenafil együttdadása ritonavirral nem javallt. A sildenafilről kimutatták, hogy fokozza a nitrát készítmények vérnyomáscsökkentő hatását, ezért együttdadása ilyen készítményekkel ellenjavallt. Alfa-blokkolót szedő betegek körében történő alkalmazásakor néhány arra hajlamos egyénben tünetekkel járó hypotensio jelentkezhet.

Ellenjavallatok: A készítmény hatóanyagával vagy bármely segédanyagával szembeni túlérzékenység. Együttdadása nitrogén-monoxid-képző vegyületek (pl. amil-nitrit) vagy nitrátkészítmények minden gyógyszerformájával ellenjavallt. A sildenafil ellenjavallt azon betegeknek, akiknek a feloldási látásvésztesztet nem-arteritiszes elülső ischaemiás optikus neuropátia okozta. A közelmúltban történt stroke vagy myocardialis infarctus és a retina ismert örökletes degeneratív betegségei. Súlyos májkárosodás. 18 éves kor alatt nem javallt. A Sildenafil Teva nők kezelésére nem javallt. **Különleges figyelmeztetések és az alkalmazással kapcsolatos óvintézkedések:** Az erectilis dysfunctio bármilyen jellegű kezelésének megkezdése előtt szükséges a beteg cardiovascularis állapotának felmérése. Az erectilis dysfunctio kezelésére ajánlott gyógyszerek, a sildenafilt is beleértve, a himvesző anatómiai rendellenességei (pl. angulatio, corpus cavernosum fibrosis vagy Peyronie-betegség) esetén, továbbá priapismusra hajlamosító körkörülményekben (pl. sarlósejtes anaemia, myeloma multiplex vagy leukaemia) csak fokozott óvatossággal alkalmazhatók. **Mellékhatás:** Nagyon gyakori: fejfájás. **Gyakori mellékhatás:** szédülés, látászavarok, a színlátás zavara, kipirulás, orrdugulás, dyspepsia.

Kérjük, a készítmény rendelése előtt olvassa el a részletes alkalmazási előírást!

Osztályozás: Kizárólag orvosi rendelvényhez kötött gyógyszer (V).

A forgalomba hozatali engedély jogosultja: Teva Pharma B.V., Computerweg 10, 3542 DR Utrecht, Hollandia

Helyi képviselő: Teva Gyógyszergyár Zrt., 4042 Debrecen, Pallagi út 13

Forg. hoz. eng. számai: Sildenafil Teva 25mg, 50mg, 100mg:

EU/1/09/584/002-006, EU/1/09/584/008-012,

EU/1/09/584/014-018;

Sildenafil Teva 75mg: OGYI-T-22276/12-16

Forg. hoz. eng. első kiadásának/megújításának dátuma:

Sildenafil Teva 25mg, 50mg, 100mg: 2009. 11.30.;

Sildenafil Teva 75mg: 2014.07.10.

A szöveg ellenőrzésének dátuma: 2014. október 16.

A dokumentum lezárásának dátuma: 2015. január 19.

Bővebb információért olvassa el a gyógyszer alkalmazási előírást.

Ajánlott bruttó fogyasztói árak:**

SILDENAFIL TEVA 25MG FILMTABL. 4x	2408 Ft
SILDENAFIL TEVA 50MG FILMTABL. 4x	3249 Ft
SILDENAFIL TEVA 50MG FILMTABL. 8x	6137 Ft
SILDENAFIL TEVA 75MG FILMTABL. 4x	4572 Ft
SILDENAFIL TEVA 75MG FILMTABL. 8x	7397 Ft
SILDENAFIL TEVA 100MG FILMTABL. 4x	6014 Ft
SILDENAFIL TEVA 100MG FILMTABL. 8x	9590 Ft

* Forrás: IMS 2015. január 19.

** Forrás: Pharmalog rendszer

A megjelenített árak ajánlott árak, alkalmazásuk a patikák számára nem kötelező, így attól az egyes patikák eltérhetnek.

Hu/Silde/15/00001

MAGYAR UROLÓGIA

A MAGYAR UROLÓGUS TÁRSASÁG FOLYÓIRATA • JOURNAL OF THE HUNGARIAN SOCIETY OF UROLOGY

FŐSZERKESZTŐ:

Villányi Kinga dr.

FŐSZERKESZTŐ HELYETTES:

Böszörményi-Nagy Géza dr.

SZERKESZTŐBIZOTTSÁG:

Bajory Zoltán dr.

Kopa Zsolt dr.

Pytel Ákos dr.

Riesz Péter dr.

Varga Attila dr.

TANÁCSADÓTESTÜLET:

Farkas László dr.

Flaskó Tibor dr.

Nyirády Péter dr.

Pajor László dr.

Tenke Péter dr.

ALAPÍTÓ FŐSZERKESZTŐ:

Pintér József dr. †

IMPRESSZUM

SZERKESZTŐSÉG: Magyar Urológus Társaság

A TÁRSASÁG HONLAPJA: www.magyurolo.hu

Cím: PTE ÁOK, Urológiai Klinika

7623 Pécs, Munkácsy M. u. 2.

TELEFON: (06-72) 507-334

FAX: (06-72) 242-374

E-MAIL: magyar.urologia@pte.hu

villanyi.kinga@pte.hu • info@olo.hu

Kiadja a Magyar Urológus Társaság (elnök: Tenke Péter dr.) megbízásából a New Promenade Kft. a Promenade kiadói csoport tagja (felelős vezető: Veress Pálma lapigazgató). A Magyar Urológia folyóirat támogatása céljából alapítvány jött létre.

FELELŐS KIADÓ: a New Promenade Kft. ügyvezető igazgatója

KIADJA: New Promenade Kft. 1125 Budapest, Tusnádi utca 19.

POSTACÍM: 1535 Budapest, Pf. 804

TELEFON: (06-30) 327-4143

FAX: (06-1) 7000-628

E-MAIL: recepicio@promenade.hu

ISSN 0864-8921

CONTENTS

■ UROLOGICAL ONCOLOGY

The role of laparoscopy in surgical management of renal angiomyolipoma

Csaba Pusztai MD, Dávid Semjén MD, Dániel Bányai MD, Donát P. Sarlós MD, László Farkas MD, Árpád Szántó MD

Relationship between intraoperative blood loss and oncological risk factors of patients underwent radical retropubic prostatectomy

Miklós Romics MD, Attila Majoros MD, Imre Romics MD, Péter Nyirády MD

■ CLINICAL UROLOGY

Treatment and obesity in prostate cancer patients on hormonal treatment. PROTECT-Z non interventional study

István Buzogány MD

Maternal risk factors in the origin of isolated hypospadias: a population-based case-control study

Stelios Mavrogenis MD, Róbert Urban MD, Endre Czeizel MD, Aphrodite Mavrogenis, Ferenc J. Szabó MD, Nándor Ács MD

■ REVIEW DATA OF UROLOGY IN-PATIENT CARE OF HUNGARY, 2013

Géza Böszörményi-Nagy MD

■ CONGRESS

EAU SECTION OF UROLOGICAL ONCOLOGY (ESUO) 2015: personalised medicine and the future of onco-urology

Péter Nyirády MD, Miklós Szűcs MD, Péter Riesz MD, Zoltán Bajory MD, Árpád Szántó MD

■ NEWS

■ CONGRESS CALENDAR

A Magyar Urológia a szaktevékenységükben bekövetkező változások bemutatását szolgáló folyóirat. A lap szerkesztőségének célja, hogy eredeti közlemények, klinikai tanulmányok, kísérleti és klinikai kutatások, újabb műtéti eljárások, esetismertetések, összefoglaló szerkesztői közlemények, kongresszusi beszámolók közlésével bemutassa az urológiában folyó mindenkor tevékenységet. A felmerült vitás kérdésekről tudomást szerezhet mindenki a „Levél a szerkesztőhöz” című részből. A hírek és a könyvismertetések pedig megkönnyítik a magyar és a nemzetközi urológiában bekövetkezett változások megismerését.

Lapmenedzser: Stok Brigitta

Telefon: (70) 386-9682 • E-mail: stok.brigitta@promenade.hu

Nyomás: Real Press Stúdió Kft. Felelős vezető: Szlabik Ottó

©2015 New Promenade Kft. Minden jog fenntartva. All rights reserved.

A szerkesztőség és a kiadó csak a számozott oldalak tartalmáért vállal felelősséget.

ROWAtinex®

lágyszor kapszula  belsőleges oldatos cseppek 

- Vese- és húgyúti megbetegedésre
- Enyhe húgyúti fertőzésre
- Veseekőre
- Görcsoldásra
- Gyulladáscsökkentésre
- Természetes, tiszta hatóanyagokat tartalmaz



• Veseekímélő
étrend:
www.satco.hu

**VÉNY NÉLKÜL, GYÓGYSZERTÁRAKBAN
KAPHATÓ GYÓGYSZER!**



sAtco

www.satco.hu

SATCO Kft.

Tel.: (+36-1) 371-0530

Fax: (+36-1) 371-0531

E-mail: satco@satco.t-online.hu



ROWA®
Pharmaceuticals Ltd.,
Bantry, Co. Cork,
Ireland.



www.rowatinex.hu

Mélyen tisztelt olvasók, kedves kolléganők és kollégák!

Bármilyen gyönyörű a stratégia, nem árt, ha olykor az eredményére is vetünk egy pillantást.

Winston Churchill



Valahogy nehezen indult ez az év. Az egymásba folyó ünnepnapok után sehogysem sikerült belerázódnai a napi rutinba, valami kis reménytelenség, bizonytalanság lebegett a levegőben. Talán, mert szinte törvényszerű már, hogy minden év újabb megszorítással indul.

Pedig nem is zártunk rossz évet.

Megint hoztuk a tervet. Megjelent 224 oldal terjedelemben, 26 cikk, 110 kongresszusi absztrakt, számos híryanag, promóció, kongresszusi beszámoló, megemlékezés, interjú. Foggal-körömmel, de tartottuk a megjelenési határidőket. Nyereséggel zártuk az évet. Szép munka volt. Nem jöttek-jönnek viszont az új cikkek, már azt hittük, üresen jelenik meg a lap. És mégis meglett.

Aztán jöttek a hidegzuhanások, egészségügyi reformok. A sokadikak, ismét próbára téve alkalmazkodóképességünket. 30 éves munkaviszony áll mögöttem, nemcsak a munkanapok, az ügyeletek is, a se ünnep, se vasárnap életvitel. Ha csak átlagosan havi 4 ügyeletet (kb. havi 72 óra túlmunka) számolok, hétköznapot és hétvégét vegyesen, ez akkor is 13 évnnyi többlet munkanapnak felel meg. Jól emlékszünk, hogy csak pár éve jár az ügyeletek után köztelező pihenőidő, de a munkáltató lehetőségeihez mérten azt is ledolgoztatja. Mert a törvényi szabályozás lehetővé teszi. Nincs korkedvezmény, nincs veszélyes munkakör (!), nincs pótlék.

Akik hasonló korúak, sok reformot megélték már. De egyre nehezebb, nő a felelősség, nőttek az elvárások. Korábban nem volt más dolgunk, csak gyógyítani. De azóta annyiszor és annyiféle módon változott az egészségügy szabályozási rendszere, hogy szinte követhetetlen. Volt, ami megszűnt, volt, ami maradt. Jött a német pontrendszer, jött a HBCS, a rövid életidejű vizitdíj, a kórházi szék használat, és még sorolhatnám. Régen nem volt közbeszerzés, várólista, központi implantátum-regiszter. Most pénzügyekkel, kiadásokkal és gazdasági elemzésekkel foglalkozunk, pedig nem vagyunk közgazdászok, elektronikus jelentéseket és statisztika-

kákat gyártunk, pedig nem vagyunk statisztikusok sem informatikusok, bolyongunk a naponta bővülő jogi szabályozás útvesztőjében, holott nem vagyunk jogászok. Csak éppen elvárják, megkövetelik tőlünk. Akiknek dolguk lenne a feltételek biztosítása, ellenőrként és hatóságként lépnek fel, büntetéseket szabva.

És itt az újabb csomag. Az egyetemeken a kancellári rendszer bevezetése, az alapellátás átalakítása, a lakosság alapú kapacitáselosztás, osztályok, kórházak bezárása, és az alamszinaszerű béremelésbe burkolt röghöz kötés.

Tele vagyunk aggályokkal. A jelenlegi egészségügyet csak a benne dolgozók lelkiismerete működteti. Még most, de meddig lehet még terhelni őket? Soha ennyi orvos és szakdolgozó nem ment külföldre. Sokaknak a végső lökést az előrevetített létbizonytalanság adja meg a távozáshoz, pályaelhagyáshoz. És mi lesz az ittmáradottakkal? Meddig tudják és akarják tartani a frontot? Állítólag orvoshiány van. Mégis tüzzel-vassal pusztítjuk, kiszigereljük azokat, akik még kitartanak.

A forráshiány nem oldódik meg a beteg ide-oda tologatásával, újabb szabályzók bevezetésével. Folytatódik a pénzkivonás az egészségügyből, a betegeknek pedig egyre többet kell saját zsebből fizetniük gyógyszerre, a hiányzó egészségügyi szakemberek és diagnosztikai berendezések miatti várakozások elkerülésére, magánellátásokra. Már akinek telik rá.

A kórházak adósságállományának átvállalása tűzoltás, annak újratemelődését csak hiteles szakmai alapokon nyugvó, reális költségelemzésre alapozott ráfordításokkal és finanszírozással lehet megakadályozni.

A dialektika egyik lényeges alaptörvénye az, hogy a mennyiségi változások, átcsapnak minőségi változásba. Ha a mennyiségi változás negatív irányú, a minőség is negatív irányba fog változni, amit nemcsak a dolgozók, hanem a betegek is megéreznek.

És mi jön még? Csak sejtéseink vannak. Amikor a változás szelei fújnak, a kétkedők falakat húznak föl, az optimisták pedig vitorlákat. Mi még kívárunk. Addig is olvassák a lapot és írjanak közleményt.

Villányi Kinga dr.
főszerkesztő

Laparoszkópia szerepe a vese angiomyolipomák sebészi kezelésében

Pusztai Csaba dr.¹, Semjén Dávid dr.², Bányai Dániel dr.¹,
Sarlós Donát Péter dr.¹, Farkas László dr.¹, Szántó Árpád dr.¹

¹Pécsi Tudományegyetem, Urológiai Klinika (igazgató: Farkas László dr.)

²Pécsi Tudományegyetem, Kórbontani Intézet (igazgató: Tornóczky Tamás dr.)

Levelezési cím:
Dr. Pusztai Csaba
7621 Pécs, Munkácsy M. u. 2.
E-mail: pusztaiCsaba@pte.hu
Fax: +36 (72) 242 374

ÖSSZEFOGLALÁS

Célkitűzés: Irodalmi adatok és saját tapasztalataik alapján értékelni a laparoszkópos reszekció szerepét a vese angiomyolipomák (AML) kezelésében.

Betegek és módszerek: A vizsgálatba a PTE Urológiai Klinikán 2004 és 2013 között szövettanilag AML-nek bizonyult eseteket vonták be. Értékeltek a betegek demográfiai paramétereit, az alkalmazott diagnosztikus módszereket, továbbá összehasonlították a nyitottan, illetve laparoszkópos módszerrel végzett műtétek kimenetelét.

Eredmények: A vizsgált időszakban operált vesetérfogláló folyamatok közül csak tíz esetben volt AML a klinikai diagnózis, de további 26 tumor bizonyult szövettanilag AML-nek. A 11 tűbiopszián átesett beteg közül csak négy esetben igazolta az AML-t a patológiai vizsgálat – őket követték, amíg a többiek műtetre kerültek. Egy kivételével a beavatkozások elektívén, 17 esetben laparoszkópos módszerrel történtek. A laparoszkóppal operált esetekben szignifikánsan magasabb volt a vesemegtartó műtétek aránya.

Következtetések: Laparoszkópos eljárással az aktív kezelést indokló angiomyolipomák hatékonyan megoldhatók, miközben az esetek többségében az ép veseparenchyma és a vese-funkció megőrizhető. A betegek profitálhatnak a minimálisan invazív eljárás előnyeiből: rövidebb kórházi tartózkodás, gyorsabb felépülés, szebb kozmetikai eredmény.

KULCSSZAVAK

ANGIOMYOLIPOMA, LAPAROSZKÓPIA, SZERVMEGTARTÓ MŰTÉT

The role of laparoscopy in surgical management of renal angiomyolipoma

SUMMARY

Objectives: To assess the role of laparoscopic partial nephrectomy in the management of renal angiomyolipoma (AML) on the basis of literature review and authors' own experience.

Patients and methods: Patients treated between 2004 and 2013 on the Urology Department of Pécs University with histologically confirmed diagnosis of AML were included into the study. Demographic and other parameters of the patients were evaluated moreover outcomes of open and laparoscopic surgeries were compared.

Results: Among patients who have been operated in the study period there were only ten cases of clinically proved AML, pathologic workup of removed lesions, however, yielded 26 more AMLs. Only four of 11 patients who underwent needle biopsy, pathological examination confirmed AML and they were followed, while the others underwent surgery. In all, but one case the indications of interventions were elective and 17 surgeries were performed by laparoscopy. Laparoscopy resulted in a substantially higher rate of nephron sparing procedures.

Conclusions: AMLs requiring intervention can be effectively treated by laparoscopy meanwhile normal kidney parenchyma and renal function are preserved in most of the cases. Patients benefit from the advantages of a minimally invasive procedure: shorter hospital stay, faster recovery, better cosmetic results.

KEYWORDS

ANGIOMYOLIPOMA, LAPAROSCOPY, ORGAN PRESERVING SURGERY

Az angiomyolipoma (AML) ritka kivételtől eltekintve egy jóindulatú, mesenchymalis eredetű daganat, amely érett zsírszövetből, simaizomszövetből és vastag falú, irreguláris vérekből épül fel (1, 2). A perivascularis epitheloid sejtes neoplasziák (perivascular epithelial cell – PEComa) családjába tartozik, a vesében vagy vesetokban, igen ritkán más szervekben jelenhet meg (3). A klinikailag észlelt AML-ek 20-30%-a

az autoszomális domináns öröklődésű sclerosis tuberosa komplex (tuberous sclerosis complex – TSC) manifestációja: ezek az esetek rendszerint többgócúak, gyakran kétoldaliak, fiatalabb életkorban jelentkeznek és a nemi különbség kevésbé kifejezett (nő:férfi arány 2:1) (1, 3). A sporadikus forma lassúbb növekedési ütemű és nőkben sokkal gyakoribb (nő:férfi arány 4-8:1) (3). A tumorban ösztrogénreceptorok mutatha-

tók ki, ami magyarázhatja az AML-ek terhesség vagy hormonkezelés során megfigyelt progresszióját (3).

Az AML legsúlyosabb komplikációja, hogy megrepedhet és súlyos, életveszélyes retroperitonealis vérzést okozhat: ez a tumor a spontán perirenalis haematoma (*Wunderlich-szindróma*) leggyakoribb okozója (4).

A vérzésveszély legerősebb rizikófaktor a tumorátmérő – jelenleg a 4 cm a legáltalánosabban elfogadott határérték a preventív intervencióhoz (1).

Bár jellegzetes UH, CT és MR megjelenése alapján az AML képalkotó módszerekkel kórismézhető, a mindennapi gyakorlatban a radiológiai állásfoglalás korántsem mindig egyértelmű. Ennek magyarázata kisméretű elváltozások esetében lehet a „parciális volumen effektus” – azaz, ha egy lézió csak részlegesen kerül bele a CT-szeletbe –, nagyobb léziók esetében renocellularis karcinómát utánzó zsírszegény variáns. A biopszia kivitelezhetősége és eredményessége sem meggyőző (2). Emiatt sok AML végül is műtétre kerül – részben a mérete, részben a nem egyértelmű diagnózis miatt.

Benignus tumorról lévén szó, a vese megtartása kiemelten fontos szempont. Az utóbbi időben a laparoszkópos parciális nephrectomia megjelenésével lehetővé vált a minimál invazív megelőző sebészeti ellátás, amely újszerűsége miatt azonban még keresi a helyét a terápiás palettán.

Célunk az volt, hogy az irodalmi adatok és saját tízéves beteganyagunk áttekintése alapján felmérjük az AML kezelésének jelenlegi helyzetét és ajánlást adjunk az AML korszerű ellátására, beleértve az új műtéti és gyógyszeres (mTOR-inhibitor) kezelési lehetőségeket.

Beteganyag és módszer

A retrospektív vizsgálatba a Pécsi Urológiai Klinikán, a 2004 és 2013 közötti tízéves periódusban, szövettanilag AML-nek bizonyult eseteket vontuk be. A vizsgált időszakban vesetumor miatt operált betegek (n=1225) közül összesen 36 esetben eredményezett a patológiai feldolgozás AML-t és további négy esetben perkután tűbiopszia támasztotta alá a diagnózist – ők nem kerültek műtétre. Mindösszesen tehát 40 eset képezte a feldolgozás anyagát.

A biopszia hat betegnél a PTE Urológiai Klinikán történt és ezekben az esetekben ultrahang-célzással két-három 18 G-s szövethenger vétele volt a rutin eljárás. Öt mintavételt intervenció radiológus végzett, többnyire aspirációs vékonytű-technikával, ezekben az esetekben a feldolgozás citológiai módszerekkel történt. Az operáltak közül tizenhét beteg műtétje laparoszkóposan (47,2%) a többieké hagyományos feltárással beavatkozásból történt. A műtéti típus megválasztása nem randomizáltan, hanem a tumorjellemzők mérlegelésével az operatőr és a beteg preferenciája alapján történt.

Minden beavatkozáson átesett beteg írásban hozzájárult adatai tudományos célú felhasználásához. Az információkat intézményi Microsoft Access adatbázisban tároltuk és Microsoft Excel programban dolgoztuk fel. A statisztikai analízisekhez IBM SPSS Statistics szoftvert használtunk.

1. TÁBLÁZAT: MŰTÉT ELŐTTI RADIOLÓGIAI VÉLEMÉNY

Radiológiai vélemény	Esetszám	%
Egyértelmű AML	10	25,0%
AML lehetősége	7	17,5%
Térfoglaló folyamat kmn	17	42,5%
Malignitás gyanúja	6	15,0%
Összesen	40	100%

Eredmények

A betegek átlagéletkora 52,1 (31,6–75,3) év és az érintettek többsége nő volt (34/40; 85,0%).

A 40 beteg megelőző radiológiai vizsgálatait (UH, CT) csak 10 esetben véleményeztek egyértelmű AML-t (1. táblázat). A biopsziára került esetek közül (n=11; 27,5%) a szövettani vizsgálat négy AML-n kívül három esetben malignitás (RCC) gyanúját vetette fel, két esetben krónikus pyelonephritist jelzett, további két minta véleményalkotásra alkalmatlan volt (2. táblázat). Tehát anyagunkban a perkután szövettani mintavétel csak az esetek 36,4%-ában bizonyult diagnosztikusnak.

Négy biopsziával megerősített diagnózisú, 4 cm-nél kisebb AML-s beteget szorosan követtünk és az eltelt időszakban sebészeti beavatkozást indokló változást nem észleltünk. Az operált 36 beteg közül egy alkalommal történt heveny vérzés miatt a műtét, a többi esetben elektív indikációval végeztük a beavatkozást. Huszonegy esetben sikeres volt a szervmegtartás, a többi (n=15; 41,7%) betegnél – beleértve a vérzéses esetet – nephrectomia történt.

2. TÁBLÁZAT: VESEBIOPSZIA EREDMÉNYEK (N=11)

Eset	Biopszia eredmény	Műtét szövettan
1.	AML	–
2.	AML	–
3.	AML	–
4.	AML	–
5.	Neoplasia nem igazolható, pyelonephritis chronica	AML
6.	Finomabb diagnózisra alkalmatlan minta	AML
7.	Tumormentes minta, pyelonephritis chronica, focalis nephrosclerosis	AML (PEComa)
8.	Malignitás alapos gyanúja, RCC valószínű	AML
9.	A minta elsősorban RCC-nek felel meg	AML
10.	Malignitás elsősorban RCC	AML
11.	Malignitás nem igazolható	EPITHELOID AML

3. TÁBLÁZAT: AZ OPERÁLT BETEGEK ÉS TUMOROK ADATAI

Paraméter	Nyitott	Laparoszkópos	p
Betegek és tumorok száma	19	17	
Nő/férfi	15/4	15/2	ns
Életkor*	53,6 (50; 57)	51,3 (39; 58)	ns [§]
Testalkat (BMI)*	26,3 (20,1; 27,0)	26,0 (23,3; 29,1)	ns [§]
Charlson-index =0	6	9	ns ⁺
Charlson-index >0	11	8	
Preop. eGFR (SD)	87,0 (23,3)	93,3 (19,2)	ns [§]
Tumorátmérő*	51 (35; 88)	40 (25; 55)	ns [§]
Jobb/bal	11/8	11/6	ns ⁺

* MEDIÁN ÉS AZ IQR (INTERQUARTILE RANGE: 25% ÉS 75% PERCENTILIS) MEGADÁSA; [§]MANN-WHITNEY U-teszt; ⁺FISCHER-FÉLE EXACT TESZT/PEARSON-FÉLE CHI-NÉGYZET TESZT

A nyitott és a laparoszkópos műtétek összehasonlítását az 3. táblázat mutatja. Nem különbözött lényegesen a két csoport a demográfiai paraméterek (beteg életkora, nemi megoszlása, testalkata) és a tumor mérete tekintetében. A nyitott műtétes csoportban több volt a nullánál magasabb *Charlson* komorbiditás indexű beteg, a különbség azonban nem bizonyult statisztikailag szignifikánsnak (Fischer exact teszt; Pearson χ^2 -próba).

Eredményeinket a 4. táblázatban foglaltuk össze. Egy laparoszkópos műtetet kellett nyitott parciális nephrectomiára konvertálni a tumor azonosításának nehézsége miatt, egy másik esetben a részleges veseeltávolítást laparoszkópos radikális nephrectomiára konvertáltuk többgócú daganat miatt. Egy 6,5 cm-es AML miatt laparoszkópos vesereszekción át esett beteget hat órával a műtét után haemorrhagiás sokk miatt reoperáltunk (Clavien 3b). A vérzés ellátása egy 10 cm-es subcostalis metszésből megoldható volt kiegészítő öltések behelyezésével: a beteg veséje megmaradt és jól működik 3,5 évvel az operáció után.

A nyitott műtétek során kilenc esetben volt a terv parciális nephrectomia, három esetben azonban intraoperatív konverzió történt radikális veseeltávolításra (3/9). Így a nyitott műtétek közül végül 13 (68,4%), a laparoszkópos beavatkozások közül csak kettő (11,8%) eredményezte a vese elvesztését.

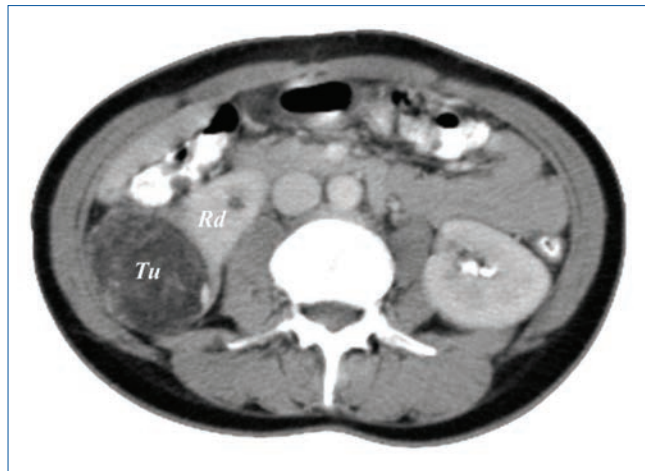
A szervmegtartó műtétek esetében viszonylag gyakran írt le a patológus pozitív sebészi szél (PSM). Ez az AML biológiai és mechanikai tulajdonságaiból adódik: a tumor lágy, képlékeny és nincs fibrotikus tokja, mint az RCC esetében. Így a PSM-ek többsége álpozitivitásnak tekinthető és nincs klinikai jelentősége.

A medián 31,5 (IQR: 8,4–56,0) hó utánkövetési idő során recidívát nem észleltünk és egy beteg halt meg áttétes emlőrák következtében. Két nyíltan operált beteg esetében volt dokumentált hegsvér (hasfal-relaxáció, hasfal-paresis) az utánkövetési adatokban. Egy laparoszkóposan operált betegnél a trokár helyén kialakult kis hasfali sérv miatt kellett egy évvel később korrekciós műtetet végezni.

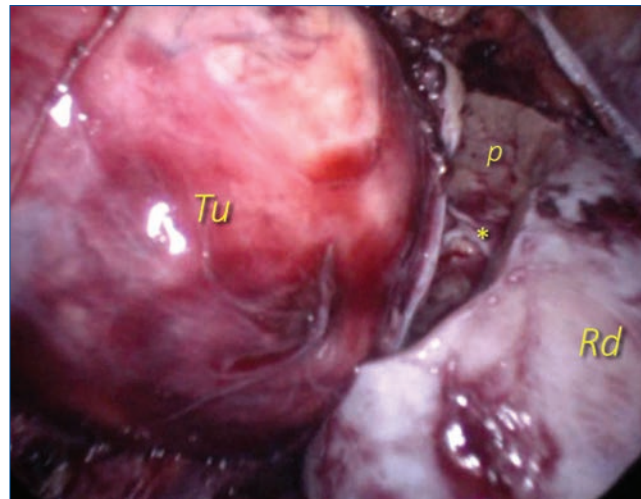
4. TÁBLÁZAT: EREDMÉNYEK

Paraméter	Nyitott	Laparoszkópos	p
Tervezett NSS (ebből sikeres)	9 (6)	16 (15)	
Nephrectomia	13	2	0,001 ⁺
Műtéti idő (perc)*	120 (75; 155)	165 (125; 360)	0,001 [§]
Transzfúzió	2	3	ns ⁺
Enyhe szövődmény (<Clavien 3)	3	3	ns ⁺
Súlyos szövődmény (>Clavien 2)	0	1	ns ⁺
Pozitív sebészi szél	2/6	5/15	ns ⁺
Kórházi tartózkodás (nap)*	7 (5,5; 7,5)	3 (2; 4)	<0,001 [§]
Utolsó eGFR (ml/min/1,73 m ²)	73,0 (17,1)	84,3 (23,4)	0,018 [§]
Utánkövetési idő*	54,5 (13,4; 98,5)	17,3 (6,0; 33,9)	0,009 [§]

* MEDIÁN ÉS AZ IQR (INTERQUARTILE RANGE: 25% ÉS 75% PERCENTILIS) MEGADÁSA; [§]MANN-WHITNEY U-teszt; ⁺FISCHER-FÉLE EXACT TESZT/PEARSON-FÉLE CHI-NÉGYZET TESZT



1. ÁBRA: JOBB VESE ANGIOMYLIPOMA CT MEGJELENÉSE
A FENTI KÉPEN A JOBB OLDALI VESE (Rd) ALSÓ HARMADÁBAN ELHELYEZKEDŐ 65 MM ÁTMÉRŐJŰ AML LÁTHATÓ. A KÉSŐBI KIVÁLASZTÁSOS KÉPEN A DAGANAT (Tu) A VESE PARENCHYMÁNÁL GYENGÉBB HALMOZÁST MUTAT



2. ÁBRA: VESE ANGIOMYLIPOMA LAPAROSZKÓPOS RESZEKCIÓJA

A FENTI KÉPEN AZ 1. ÁBRÁN BEMUTATOTT TUMOR (Tu) LAPAROSZKÓPOS ELTÁVOLÍTÁSA LÁTHATÓ. A ZSIROS TOKJÁBÓL FELSZABADÍTOTT JOBB OLDALI VESE (Rd) KIMETSZÉSE RÉSZBEN MÁR MEGTÖRTÉNT, LÁTHATÓ A PARENCHYMA (p) ÉS EGY MEGNYÍLT KEHELY (*)

Megbeszélés

A PubMed adatbázisban (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed>) és a Magyar Orvosi Bibliográfiában (<http://mob.gyemszi.hu>) összesen tucatnyi magyar vonatkozású AML témájú publikáció található (9, 10, 12, 13), többségük (hét) esetismertetés. Vanik és munkatársai (9) 1998-ban nyolc betegről számoltak be, akik közül hármat megoperáltak, de csak egy esetben történt szervmegtartó beavatkozás. Megállapíthatjuk tehát, hogy AML esetében ez az első laparoszko­pos műtéti technikáról beszámoló és egyben a legtöbb esetet felölelő magyar nyelvű publikáció. Sajnos a kizárólag radiológiai módszerekkel diagnosztizált és műtetre nem került, ambulánsan követett betegek azonosítására az intézeti informatikai rendszerben nem volt lehetőség, emiatt az AML incidenciájára vonatkozó következtetés nem vonható le. Az EAU irányelv szerint az operált vesetumoros szériákban az AML gyakorisága megközelítőleg 1% (2). A Pécsi Urológiai Klinika tízéves anyagában (2004–2013) az AML előfordulása 2,9%-nak adódott (n=36) és ez alacsonyabb, mint a Szegeden 1990–2003 között műtött tumorok esetében észlelt ráta (4,4%; n=21) (10). Mauerman és munkatársai a Bécsi Urológiai Klinikáról 1996–2011 között 5,0%-os gyakoriságot közöltek (11).

A guideline-ok a vérzés szempontjából veszélyes AML operatív megoldását javasolják a fogamzóképes nők és olyan betegek esetében, akiknél a követés vagy a gyors orvoshoz jutás akadályozott lehet (1, 2). A vérzésveszély megítélése szempontjából a tumorátmérő a meghatározó paraméter: legtöb­ben a 4 cm feletti méretet tartják irányadónak, bár nem húzható egyértelmű, bizonyítékokon nyugvó határ.

A vérző AML javasolt kezelési módja a szelektív embolizáció, mivel ilyenkor a vese feltárása gyakran nephrectomiával végződik (2). Ugyanakkor ez az ajánlás csak akkor követhető, ha

a beteg hemodinamikailag stabil, az intervenciós radiológiai humán és eszköz erőforrások rendelkezésre állnak és az AML-t korábban már egyértelműen diagnosztizálták. Elektíven alkalmazva az embolizáció hatékonysága az AML eliminálására és a vérzés megelőzésére nem bizonyított és sok beteg panaszos marad (1, 2). Ugyanez vonatkozik a termoablációs eljárásokra is. Emiatt az embolizált, illetve termoablációval kezelt betegeket hosszú időn át szorosan követni kell és sokuk végül is műtéti eljárásra kerül.

Az utóbbi időben beszámoltak a TSC-hez kapcsolódó AML mTOR-gátló (mammalian target of rapamycin) gyógyszeres kezeléssel elért méretcsökkenéséről, de a terápia felfüggesztését követően a léziók ismét növekedésnek indultak (5). Az mTOR-gátló kezelésnek szerepe lehet azonban a TSC-hez társuló, sebészi reszekcióra nem alkalmas, multiplex AML kezelésében, esetleg reszekcióra alkalmassá tételében.

Műtéti megoldás esetén – tekintettel az AML benignus volta­ra – vesemegtartó beavatkozásra kell törekedni. A műtéttel kapcsolatos morbiditás AML esetében elsősorban a sebészi behatoláshoz köthető. A betegek jelentős hányada fiatal nő, ezért a kozmetikai szempontok sem elhanyagolhatóak. Az utóbbi években a laparoszko­pos sebészi gyakorlat növekedésével lehetővé vált a minimál invazív behatolásból történő megoldás lehetősége, amellyel a műtéti sebzéshez kötődő komplikációk és kozmetikai hátrányok kivédhetők, így a sebészi eljárást a beteg számára jobban elfogadhatóvá teszi.

Amennyiben az AML diagnózisa megalapozott, a tumor centrálisan helyezkedik el és reszekcióra nem alkalmas, a vese eltávolítása helyett kínai szerzők az AML laparoszko­pos aspirációját javasolják (6). A szerzők véleménye szerint ezzel a mini-

málisan invazív módszerrel a vese megőrizhető és a funkcióvesztés csekély.

Anyagunkban megfigyeltük, hogy a nyitott műtétre került betegek esetében szignifikánsan gyakrabban történt veseeltávolítás, mint a laparoszkópos beavatkozások esetében annak elenére, hogy a tumorok mérete és a betegek demográfiai paraméterei nem különböztek lényegesen (3. táblázat). Ennek magyarázatául talán az szolgálhat, hogy az AML nem rendelkezik fibrózis tokkal, betérjed a perirenalis zsírszövetbe vagy a vese sinusba, gyakran megsérül és vérzik a feltárás során, emiatt a vesemegtartó műtétet nem tartják kivitelezhetőnek. A laparoszkópos műtét során a finomabb preparálás, a szövethatárok nagyításának köszönhető pontosabb azonosítása,

vérzés esetén a hasúri nyomás felemelésének lehetősége biztosíthatja a sikeres reszekciót (1., 2. ábra).

Következtetések és ajánlás

Radiológiaiilag igazolt, egygócú AML preventív megoldására vagy AML gyanú esetén a diagnózis bizonyítására a laparoszkópos reszekciót javasoljuk. A technikailag egyszerűbb és ezáltal magasabb sikeraránytal kecsegtető minimál invazív vesemegtartó műtéti megoldás lehetősége és az egyszerűbb utánpótlás érdekében a rizikócsoportokban megfontolandónak tartjuk a 4 cm-es mérethatár lejjebb szállítását.

Irodalom

- Margulis V, Matin SF, Wood CG. Bening renal tumors. In: Wein AJ, Kavoussi LR, Novick AC, Partin AW, Peters CA. editors. Campbell-Walsh Urology, Vol 2, 10th edition Elsevier Saunders; 2012. p. 1492–1505.
- Ljungberg, et al. EAU guidelines on renal cell cancer. 2013; 28.
- Mehta V, Venkataraman G, Antic T, et al. Renal angiomyolipoma, fat-poor variant – a clinicopathologic mimic of malignancy. Virchows Arch 2013; 463: 41–46. doi: 10.1007/s00428-013-1432-2
- Ferianec V, Gábor M, Cano M, et al. Severe retroperitoneal haemorrhage in the first trimester of a multiple pregnancy after spontaneous rupture of renal angiomyolipoma. Arch 5. Gynecol Obstet 2013; 288: 1193–1194. doi: 10.1007/s00404-013-2902-0
- Budde K, Gaedeke J. Tuberous sclerosis complex – associated angiomyolipomas: focus on mTOR inhibition. Am J Kidney Dis 2012; 59(2): 276–283. doi: 10.1053/j.ajkd.2011.10.013
- Xu B, Zhang Q, Jin J. Laparoscopic aspiration of central renal angiomyolipoma: a novel technique based on single-center initial experience. Urology 2013; 81: 313–8. doi: 10.1016/j.urology.2012.09.047
- Lienert AR, Nicol D. Renal angiomyolipoma. BJU Int 2012; 110 (Suppl 4): 25–27.
- Sivalingam S, Nakada SY. Contemporary minimally invasive treatment options for renal angiomyolipomas. Curr Urol Rep 2013; 14: 147–153. doi: 10.1007/s11934-013-0311-3
- Vanik M, Sági S, Szolnoky Gy. Vese-angiomyolipoma. Mikor operáljunk? Magy Urol 1998; 10 (4): 400–405.
- Németh I, Sükösd F, Béli L, et al. Felnőttkori vesedaganatok a Szegedi Tudományegyetem Patológiai Intézetének anyagában. Orv Hetil 2005; 146 (14): 653–658.
- Mauermann J, de Martino M, Waldert M, et al. Gender differences in benign renal masses. World J Urol 2013; 31(5): 1051–1057. doi: 10.1007/s00345-013-1032-4
- Szendrói A. Jóindulatú-e a vese-angiomyolipoma? Uroonkológia 2005; 2 (3): 76–80.
- Csanaky G, Szereday Z, Magyarlaci T, et al. Renal angiomyolipoma: report of three cases with regional lymph node involvement and/or with renal cell carcinoma. Tumor 1995; 81 (6): 469–474.
- Répássy D, Hegedűs M. Vese angiomyolipoma. Magy Urol 1992; 4 (3): 299–301.
- Baranyai T, Vargha A, Bodrogi N. Akut has képében jelentkező vese angiomyolipoma rupturája. Magyar Radiológia 1991; 65 (3): 149–152.

KEDVES KOLLÉGÁK! KEDVES TAGTÁRSÁK!

Az egyik leghasznosabb kongresszusom az ESOU (European Society of Onco-Urology). Egy teremben, egy témakör, egyfajta szemlélet, különböző diszciplínák képviselőitől. Egyféle gondolkodás, egymást ismerő, hasonló érdeklődési körű kollégák találkoznak.

A MUOT (Magyar Uronkológus Társaság) évi kongresszusa egy mini-ESOU. A téma az uroonkológia, az előadók különböző szakmákat képviselnek, mindnyájuknak „Uroonkológiai” tevékenysége (is) van. Előadások, posztterek hangzanak, jórészt ismerősök, barátok között, egy teremben reggeltől délutánig. Kulturált körülmények között, de hivatkozás nélkül, egyszerűsége törekedve az információk átadását, egymás munkájának megismerését célozza meg a találkozó. Az eddig sikeres MUOT-kongresszusokat Önök, felkért és bejelentett előadások és előadók, az aktív résztvevők tették sikeressé.

Legyen ugyanúgy (mint régen) 2015-ben is!

Romics Imre
a MUOT elnöke



Pollstimol®-Cernil rozspollen a prosztatagyulladás terápiájára.

Gyulladáscsökkentő.
Könnyíti a vizeletürítést.
Csillapítja a prosztatagyulladás tüneteit.

Pollstimol®-Cernil

Szignifikáns hatás,
jó compliance.

Vény nélkül kapható gyógyszer, keresse a patikákban! Javallatok: Krónikus, nem bakteriális eredetű prostatitis, prostatovesiculitis. Benignus prostata hyperplasia esetén fellépő vizeletürítési zavarok. **Adagolás:** a kezelés első hetében napi 3x2 tablettát, a második héttől kezdve naponta 2x2 tablettát étkezés után, bő folyadékkal bevenni. A panaszok átmeneti erősödésénél az adag 3x2 tablettára emelhető. Az információ lezárása: 2014. február 15. **Szakmai információ:** Strathmann KG Képviselet, Telefon: (1) 320-2865, email: info@strathmann.hu.

További információért olvassa el a gyógyszeralkalmazási előíratot vagy keresse képviseletünket.

Az intraoperatív vérveszteség és onkológiai faktorok kapcsolata radikális retropubikus prostatectomia során

Romics Miklós dr., Majoros Attila dr., Romics Imre dr., Nyirády Péter dr.

Semmelweis Egyetem ÁOK, Urológiai Klinika és Uroonkológiai Centrum, Budapest (igazgató: Nyirády Péter dr.)

Levelezési cím:
Dr. Romics Miklós
SE Urológiai Klinika
1082 Budapest, Üllői u. 78/b
E-mail:
miklos_romics@gmx.com
Tel.: 06 20 666-3431

ÖSSZEFOGLALÁS

Célkitűzések: A radikális prostatectomia egyik szövődménye az – esetenként transzfúziót igénylő – nagymértékű vérveszteség, amely hosszabb kórházi tartózkodáshoz, csökkent betegelégedettséghez, és megemelkedett kezelési költségekhez vezet. Vizsgálatunk során összefüggéseket kerestünk a műtét közbeni vérveszteség mértéke és urológiai, illetve onkológiai faktorok között, hogy meghatározzuk, mely esetekben számíthat az operatőr fokozott vérzésre a műtét során. Vizsgáltuk továbbá, hogy ezen magasabb rizikójú betegek esetében milyen preventív intézkedésekkel kerülhető el a nagymértékű vérveszteség.

Betegek és módszerek: 2005 és 2012 között 400 prostatectomizált betegünk adatait dolgoztuk fel (PSA-, és Gleason-érték, TNM-stádium, sebészi szél, rektális tapintási lelet, a prosztata volumén, életkor, valamint az urológiai anamnézis voltak a vizsgált paraméterek) és kerestünk kapcsolatot a peri- és intraoperatív faktorok, illetve a műtét alatti vérzés mértéke, és adott transzfúzió mennyisége között. Vizsgálataink során a Student-t-tesztet használtuk az összefüggések vizsgálatához.

Eredmények: Az átlagos vérveszteség 650 ml volt, amely hasonló a szakirodalomban olvasható eredményekhez. Transzfúzió adására az esetek 8,25%-ában volt szükség. Az intraoperatív vérveszteség szignifikánsan összefüggött a magasabb Gleason-értékkel, a nagyobb prosztata voluménnel, az idősebb életkorral és a vizeleti panaszokat okozó prosztata-megnagyobbodás előfordulásával.

Következtetés: Azon esetekben, ahol a fenti, szignifikanciát mutató faktorok jelen voltak, nagyobb volt az intraoperatív vérzés mértéke és a transzfúzió adását indokoló vérveszteség is. Alaposabb preoperatív kivizsgálás (különösképpen a hemostatikus paraméterekre) és betegkiválasztás segíthet az urológusnak és az aneszteziológusnak felkészülni – a magasabb rizikójú betegek esetében – a transzfúzió adásának szükségességére.

KULCSSZAVAK

RETROPIBUS PROSTATECTOMIA, VÉRZÉS, TRANSZFÚZIÓ, PROSTATARÁK

Relationship between intraoperative blood loss and oncological risk factors of patients underwent radical retropubic prostatectomy

SUMMARY

Introduction: Gross intraoperative blood loss is one of the major complications of radical retropubic prostatectomy, which may result consequential blood transfusion. It can lead to longer hospitalisation, a decreased patients' satisfaction rate, not to mention it's financial aspects.

Material and methods: We revised the surgical and oncological data (just like PSA, Gleason-score, TNM-stage, surgical margin, rectal digital examination, prostate volume, patient's age and history) of 400 of our patients underwent prostatectomy, looking for the connection between these factors and the intraoperative blood loss and the amount of required blood transfusion. We have used Student's T-test to analyse significance between subgroups, with the p value of 0.05.

Result: The average blood loss was 650 millilitres, which is similar to the ones cited in international literature. In only 8.25% of the cases was blood transfusion needed. After reviewing these cases of RRP we also found that intraoperative bleeding is significantly related to factors like higher Gleason-score, enlarged prostate, older patient's age and history of BPH or prostatitis.

Conclusions: Patients with these risk factors have a greater chance to have a massive intraoperative bleeding and may need blood transfusion more often. More attentive preoperative examinations (especially of haemostatic status) may help the surgeon to prepare better before the operation and the anaesthesiologist to be prepared to give blood transfusion. Also, more effective postoperative care may help avoiding blood transfusion and further blood loss.

KEYWORDS

RADICAL PROSTATECTOMY, BLOOD LOSS, BLOOD TRANSFUSION, PROSTATE CANCER

A tudomány mai állása szerint a szervre lokalizált prosztaták első vonalbeli terápiás megoldása a prosztatata műteti eltávolítása, azaz a radikális prostatectomia, amelynek mind enyhe, mind súlyos, intra- és posztoperatív szövődémei is jól ismertek (1). Ezek közül a műteti vérvesztés, következményes anémia és az esetenként szükségessé váló vérátömlesztés (keringésmegingás hiányában) nem tartozik a közvetlenül életveszélyes intraoperatív komplikációk közé (Clavien–Dindo-skála 2/4), de a megnövekedett kezelési és ápolási költség és a csökkent betegelégedettség (továbbá az intermitálóan előforduló vérhiány) számottevő problémát jelenthet. Ezért fontosnak tartjuk megismerni azon körülményeket, amelyek mellett gyakrabban fordul elő jelentős vérzés, hogy ezen esetekben a pre-, intra- és posztoperatív ellátásban is nagyobb hangsúlyt fektethessünk a vérzés megelőzésére, a megfelelő vérzéscsillapításra és betegeink felvilágosítására (2).

BETEGEK ÉS MÓDSZEREK

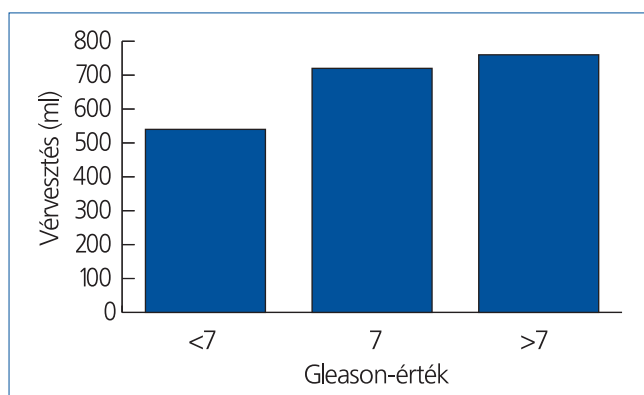
Intézetünkben eddig több mint 740 nyílt, retropubikus radikális prostatectomiát végeztünk. Ezen esetek közül kiválasztottunk négyszázat (ahol a műtéket ugyanazon, nagy gyakorlatú operatőr végezte 2005 és 2012 között) és összefüggést kerestünk az intraoperatív vérvesztés és transzfúziók száma, valamint urológiai és onkológiai paraméterek (valamint ezek egymáshoz viszonyított relációjának) kapcsolatában. A betegek minden esetben körültekintő urológiai és aneszteziológiai vizsgálaton vettek részt, ahol pedig kérdéses volt a szedett véralvadásgátló leállításának lehetősége, ott kardiológus/angiológus segítségét kértük a hemosztatikai paraméterek korrekciójában. A profilaktikusan alkalmazott antikoaguláns és trombocitaaggregációt gátló szereket lehetőség szerint elhagytuk, és kismolekulasúlyú heparint adtunk a testtömeg-től (illetve előzetesen ismert kardiális kockázattól) függő mennyiségben. (Azt, hogy operáció előtt, otthonában hány beteg részesült rendszeres, profilaktikus véralvadásgátló adásában – legyen az acetilszalicilsav, heparin, vagy kumarinszármazék – és hogy ez mennyiben befolyásolta a perioperatív vérvesztést, nem vizsgáltuk.) A beavatkozások során az idegkímélet nem volt elsődleges szempont, nem alkalmaz-

tunk „nerve-sparing” technikát. Az intraoperatív vérvesztéget és transzfúzió szükségességét az alábbi paraméterekkel állítottuk szembe: a preoperatív PSA-érték (<10 ng/ml/ $10>$ ng/ml), a műteti preparátum Gleason-score értéke ($<7/7/7<$), a betegség TNM-stádiuma (T1/2/3&4; N-/+), a sebészi szél érintettsége, a rektális tapintási lelet (tumorszuspekt, vagy nem tumorgyanús), a prosztatavolumen (20/30/40/50/50< ml), a betegek életkora (50/60/70 év) és urológiai anamnézisben leírt eltérések (prostatitis, illetve LUTS [Lower urinary tract symptoms]) jelenléte. Az összefüggések vizsgálatában Student-féle t-tesztet használtunk a szignifikanciaszintek megállapítására. A p-érték minden esetben 0,05 volt.

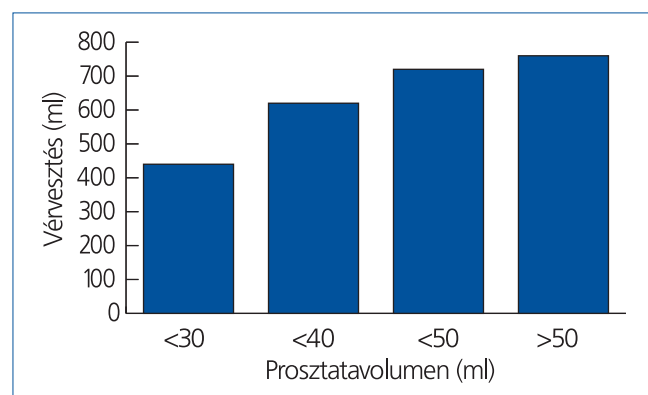
EREDMÉNYEK

A vizsgálatba bevont betegek átlagéletkora 65,2 (49–76) év volt. Minden esetben retropubikus radikális prostatectomiát végeztünk. Az átlagos vérvesztés 650 ml (100–3000) volt, amely hasonló a szakirodalomban olvasható eredményekhez (3, 4). Transzfúzió adására 33 esetben (az esetek 8,25%-ában) volt szükség, átlagosan 2,4 egység vörösvértest-koncentrátum került felhasználásra. Ez átlagosan 17 520 forint pluszköltséget jelentett betegenként, összesen pedig meghaladta a félmillió forintot. Vizsgálatunk során szignifikánsan ($p=0,0008$) magasabb intraoperatív vérvesztést láttunk azon betegeknél, akik Gleason-értéke hatnál magasabb volt (1. ábra). A 40 köbcentimétert meghaladó prosztataméret is szignifikánsan korrelált ($p=0,0018$) a nagyobb műteti vérvesztéssel (2. ábra). Ezek mellett az operáltak idősebb életkora is prediktív tényezőként volt értékelhető a műteti vérzést illetően: az ötödik és hetedik évtizedükben operáltak között szignifikáns ($p=0,013176$) különbség volt megfigyelhető az intraoperatív vérvesztésben (3. ábra). Továbbá az alsó húgyúti panaszokat okozó prosztatamegnagyobbodás mellett is szignifikánsan nagyobb volt a vérvesztés ($p=0,015$), mint ennek hiányában. A rektális tapintási lelet és a preoperatív PSA-érték nem mutatott szignifikáns összefüggést az intraoperatív vérzés mértékével. A tumor stádiumában látott eltérés sem járt következményesen emelkedett műteti vérvesztéssel (T2 vs. T3-4 $p=0,268$), ahogy a sebészi szél érintettsége sem ($R+/-$ $p=0,51$).

1. ÁBRA: A GLEASON-ÉRTÉK ÉS A MŰTÉTI VÉRVESZTESÉG KAPCSOLATA

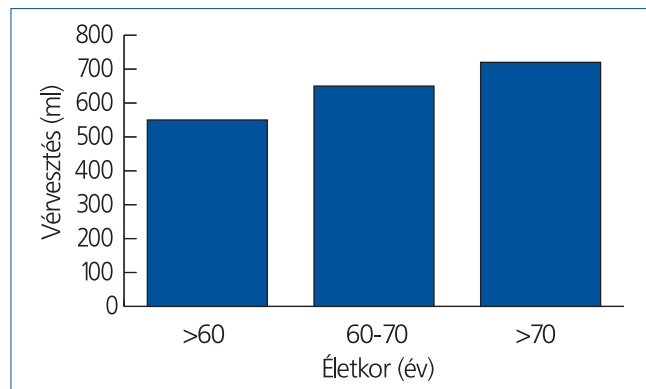


2. ÁBRA: A PROSZTATAVOLUMEN ÉS A MŰTÉTI VÉRVESZTESÉG KAPCSOLATA



MEGBESZÉLÉS

Azon esetekben, ahol a fent említett faktorok (hat feletti Gleason-érték, a nagyobb prosztatavolumen, idős – hetven feletti – életkor és panaszokat okozó prosztatamegnagyobbodás) jelen voltak, az intraoperatív vérzés mértéke és a transzfúzió adását indokoló vérveszteség is jelentősebb volt. Látható, hogy főleg az ún. közepes (ahol vagy a PSA-érték 10 és 20 ng/ml közötti, vagy a Gleason-érték eléri a 7-et) és magas rizikójú (PSA 20, Gleason-érték pedig 8 felett), idősebb betegek esetében fordult elő nagyobb arányban számottevő vérzés, és úgyszintén az ilyen esetekben volt leginkább szükség transzfúzió adására is. Harminchárom esetből huszonkilencben magas rizikójú betegek – 11 esetben a műtét közben, 18-ban, pedig azt követően – szorultak intraoperatív transzfúzióra. A műteti vérzés szempontjából fokozott kockázatú betegek esetében szükséges az általánosnál még körültekintőbb preoperatív kivizsgálás, főként a véralvadási paraméterekre és szedett gyógyszerekre vonatkozóan. (Magasabb rizikójú betegeknél – tájékoztatva őket állapotukról – felvetődhet más kuratív kezelés lehetőségének mérlegelése is.) A véralvadást befolyásoló gyógyszerek közül csak a kis dózisu acetilszalicilsav az, amely mellett bizonyítottan, fokozott vérzés veszélye nélkül is elvégezhető az operáció, de magas rizikójú betegek esetében még ez is elhagyandó! Fontos továbbá, hogy a betegek gyakran elfelejtik megemlíteni a rendszeresen szedett, nem szteroid gyulladásgátlókat, amikor rendszeresen szedett gyógyszereikről érdeklődünk. Szintén tisztünknek tartjuk felhívni a figyelmet az általánosnál körültekintőbb műteti vérzéscsillapítás lehetőségére (mint a lokálisan adott epinefrin, vagy a dorsalis ér-ideg köteg apicalis ligációja, vérzéscsillapító lokális fibrines hálók, lapok, forró konyhasó stb.) (5, 6, 7), illetve



3. ÁBRA: AZ ÉLETKOR ÉS A MŰTÉTI VÉRVESZTESÉG KAPCSOLATA

az egyéb, vérvesztéseget és transzfúziós igényt csökkentő megoldásokra (*Cellsaver* és autotranszfúzió és preoperatív eritropoetin adása) a közepes és magas rizikójú betegek esetében (8, 9). Bár klinikánkon sem autotranszfúziót, sem *Cell-saver*t nem használunk, az utóbbi időszakban irányított vér- adással igyekszünk minden esetben vért biztosítani betegeinknek. Az autotranszfúzió, illetve az intraoperatív „sejtmén- tés” is megoldást jelenthet az egyre gyakrabban keletkező vérhiány elkerülésére, autológ véradással végzett vizsgálatok ugyanis nem erősítették meg azon korábbi hiedelmet, misze- rint prosztatarakos beteg saját vérével történő transzfúzió ko- rai onkológiai relapsushoz vezetne (10, 11). Ennek ellenére az Országos Vérellátó Szolgálat (OVSZ) 2006-ban kiadott „Az autológ vérgyűjtés és az autotranszfúzió” című módszertani levelének 7,2-es pontja a vérgyűjtési eljárásból (az in situ kar- cinómák kivételével) kizáró oknak tekinti a fennálló daganatos betegséget (12).

Irodalom

1. Tewari A, Sooriakumaran P, Bloch DA, et al. Positive surgical margin and perioperative complication rates of primary surgical treat- ments for prostate cancer: a systematic review and meta-analysis comparing retropubic, laparoscopic, and robotic prostatectomy. *Eur Urol* 2012; 62 (1): 1–5.
2. Mitropoulos D, Artibani W, Graefen M, et al. Grading of Compli- cations after Urologic Surgical Procedures, European Association of Urology Guidelines, UroWeb.org, 2012.
3. Froehner M, Novotny V, Koch R, et al. Perioperative Complications after Radical Prostatectomy: Open versus Robot-Assisted Lapar- oscopic Approach. *Urol Int* 2013; 90: 312–315.
4. Binhas M, Salomon L, Roudot-Thoraval F, et al. Radical prostatec- tomy with robot-assisted radical prostatectomy and laparoscopic radical prostatectomy under low-dose aspirin does not significantly increase blood loss. *Urology* 2012; 79 (3): 591–5.
5. Malik R, Laze J, Lepor H. The effect of local compression and topi- cal epinephrine on perioperative bleeding and degree of urinary extravasation on postoperative cystogram following radical retro- pubic prostatectomy. *Can J Urol* 2010; 17 (4): 5272–7.
6. Carvalhal GF, et al. Reducing blood loss in open radical retropubic prostatectomy with prophylactic periprostatic sutures. *BJU Int* 2010; 105 (12): 1650–1653.
7. Wallerstedt, et al. Short-term Results after Robot-assisted Lapa- roscopic Radical Prostatectomy Compared to Open Radical Prosta- tectomy. *Eur Urol* 2014 Oct 9; pii: S0302–2838 (14) 00973–7.
8. Lee BW, Park MG, Cho DY, et al. Preoperative erythropoietin administration in patients with prostate cancer undergoing radical prostatectomy without transfusion. *Korean J Urol* 2014; 55 (2): 102–5. doi: 10.4111/kju.2014.55.2.102. Epub 2014 Feb 14.
9. Daskalopoulos G, Karyotis I, Heretis I, Delakas D. Electrothermal bipolar coagulation for radical prostatectomies and cystectomies: a preliminary case-controlled study. *Int Urol Nephrol* 2004; 36 (2): 181–5.
10. Ubee S, Kumar M, Athmanathan N, et al. Intraoperative red blood cell salvage and autologous transfusion during open radical retropubic prostatectomy: a cost-benefit analysis. *Ann R Coll Surg Engl* 2011; 93 (2): 157–61.
11. Boehm K, Beyer B, Tennstedt P. No impact of blood transfusion on oncological outcome after radical prostatectomy in patients with prostate cancer. *World J Urol* 2014 Jul 3.
12. Miskovits E, Jenei B. Az autológ vérgyűjtés és az autotranszfúzió – OVSZ Módszertani Levél 2006. ISBN 963-06-1671-8

A terápia hatékonysága és a testtömegindex közötti összefüggés hormonkezelt prosztata-tumoros betegek esetében – PROTECT-Z – Beavatkozással nem járó vizsgálat*

Buzogány István dr.

Péterfy Sándor utcai Kórház Rendelőintézet és Baleseti Központ, Urológiai és Sebészeti Osztály, Budapest (osztályvezető: Buzogány István dr.)

Levelezési cím:
Dr. med. habil Buzogány István
Péterfy Sándor utcai Kórház
Rendelőintézet és
Baleseti Központ
Urológiai és Sebészeti Osztály
1076 Budapest,
Péterfy Sándor u. 8-20.
(1) 461-4700, (1) 342-1564
e-mail:
istvan.buzogany@gmail.com

ÖSSZEFOGLALÁS

Bevezetés: Ellentmondásosak az adatok az elhízás és a prosztatarák kezelésének eredményessége közötti összefüggésre vonatkozóan. A magas BMI hatása a klinikai kimenetelre kevésbé tisztázott. A prosztatarák hormonterápiájának eredményessége és a BMI közötti esetleges összefüggés vizsgálatáról ez idáig tanulmány nem került publikálásra.

Betegek és módszerek: Prospektív, nem összehasonlító, kohorsz vizsgálat az elhízott és normál testsúlyú betegek biokémiai, valamint klinikai rekurrencia arányainak és az elhízással való összefüggésének felmérésére. A vizsgálati készítmény hatóanyaga 1-3 havonkénti adagolásban 3,6 mg, illetve 10,8 mg goserelin-acetát volt. 2009. június és 2012. szeptember között 145 centrumban 1376 beteg került bevonásra.

Eredmények: A túlsúlyos betegek között a biokémiai és klinikai progresszió, valamint a klinikai kiújulás szignifikánsan alacsonyabb arányban fordult elő ($p=0,0133$; $p=0,0002$). A klinikai és biokémiai progressziót egyaránt szignifikánsan ($p=0,0116$; $p<0,0001$), magasabb arányban lehetett detektálni azoknál, akik a vizsgálat ideje alatt nagyobb testsúlycsökkenést produkáltak.

Következtetések: A magas BMI mind a klinikai, mind a biokémiai kiújulás tekintetében szignifikáns előnyt jelentett. Az elhízás és a terápia eredményessége közötti összefüggés eredményeink alapján is tovább vizsgálendő.

KULCSSZAVAK

PROSZTATARÁK, ELHÍZÁS, BMI, DAGANATKIÚJULÁS

Treatment and obesity in prostate cancer patients on hormonal treatment – PROTECT-Z – non interventional study

SUMMARY

Introduction: The relation between obesity and the outcome of prostate cancer treatment is controversial. The impact of high BMI on the clinical outcome is less clear. No publication about the relation between hormonal treatment of prostate cancer and the BMI has been reported so far.

Patients and methods: Prospective, non-comparative cohort study to compare biochemical and clinical recurrence rates of obese versus normal weight prostate cancer patients treated with goserelin 3.6 mg/month or 10.8 mg/3 months. Between June 2009 and September 2012 1376 patients were included into the study in 145 study sites.

Results: In our study we observed significantly lower rate of clinical and biochemical recurrence of prostate cancer in overweight patients ($p=0.0133$; $p=0.0002$). In parallel, patients who had clinical or biochemical progression experienced significantly greater weight loss during the study ($p=0.0116$; $p<0.0001$ respectively).

Conclusions: Overweight patients were significantly less likely to experience clinical and biochemical recurrence. Our results suggest that further studies are warranted to evaluate the impact of high BMI on prostate cancer treatment efficacy.

KEYWORDS

PROSTATE CANCER, OBESITY, BMI, TUMOUR PROGRESSION

*A VIZSGÁLAT AZONOSÍTÓJA: NCT01020604

Az elhízásnak a prosztatatarák kezelés kimenetelére kifejtett hatása az epidemiológiai tényezőkhez viszonyítva sokkal kevésbé tisztázott. Egyes szerzők szerint az elsődleges terápiaként radikális prostatectomián (RP) átesett betegek között, a magasabb BMI-vel rendelkezőknél a betegség agresszívebb, magasabb malignitási fokú (grade) volt, magasabb Gleason-score jellemezte és több volt a pozitív sebészi szél előfordulása.

Történtek olyan vizsgálatok, amelyek során nem találtak összefüggést a klinikai végpontok és a BMI között. A legtöbb esetben az elhízott betegek között mégis magasabb rekurrencia arányt figyeltek meg (1).

A sugárterápiával kezelt betegeknél brachyterápiát követően nem találtak összefüggést a BMI és a daganat kiújulása között, ugyanakkor a külső besugárzással kezelt magas testtömegű betegek körében a rekurrencia és metasztázis kifejlődésének is magasabb volt a kockázata (2, 3). Eddig nem került tanulmány publikálásra arra vonatkozólag, hogy a BMI és a daganatellenes hormonterápia eredményessége között lehet-e összefüggés.

A vizsgálat célja

Jelen vizsgálat célja volt a prosztatadaganat miatt kuratív (RP vagy RT) kezelésen átesett, vagy kuratív terápia nélkül, hormonterápiában (goszerelin-acetát) részesülő betegek körében az elhízás (magas BMI) és a biokémiai, vagy klinikai daganat kiújulás (rekurrencia) közötti összefüggés vizsgálata.

Végpontok

Elsődleges végpontként az elhízott és normál testsúlyú betegek között előforduló biokémiai, vagy klinikai daganatkiújulás (rekurrencia) előfordulása került vizsgálatra.

Másodlagos végpontok:

- az elsődleges végponti megfigyelés értékelése a primeren előzetes beavatkozás nélküli, illetve megelőző kuratív kezelésen (RP, EBRT, brachyterápia) átesett betegek alcsoportjaiban,
- a betegek testsúlyváltozásának felmérése és annak a rekurrencia előfordulására kifejtett hatása.

Beteganyag és módszer

A vizsgálat felépítése

A vizsgálat multicentrikus, prospektív, nyílt, megfigyeléses, nem összehasonlító, kohorsz vizsgálat volt.

A résztvevő betegek beléptetése a hatályos magyar jogi szabályozásnak megfelelően a Magyar Egészségügyi Minisztérium ETT TUKEB (Tudományos és Kutatásetikai Bizottság) felé a 23/2002-es Eü Min. rendelet (az orvostudományi kutatásokról) által szabályozott tartalmi és formai követelményeknek megfelelő engedély alapján történt.

1. TÁBLÁZAT: A VIZSGÁLATBA BEVONT BETEGEK MEGOSZLÁSA ÉLETKOR SZERINT

Korcsoportok (év)	n	%
49–59	79	5,74
60–69	434	31,54
70–79	699	50,8
80–89	164	11,92

A vizsgálat írásos tájékoztatást követően a beteg által saját kezűleg aláírt beleegyező nyilatkozat alapján zajlott.

Beválasztási kritériumok:

- hisztológiai bizonyított prosztatadaganat,
- kuratív kezelésen átesett és legalább 1 hónapja adjuváns LHRH-analóg (goszerelin) hormonterápiában részesülő beteg,
- primer hormonterápiás csoportban lévő és legalább 1 hónapja adjuváns LHRH-analóg (goszerelin) terápiában részesülő beteg,
- felnőtt férfi,
- saját kezűleg aláírt beleegyező nyilatkozat.

Kizárási kritériumok:

- LHRH-kezelésre nem javasolt betegek,
- hormonrefrakter stádiumban lévő daganat,
- a vizsgálatban alkalmazott gyógyszerekkel szembeni túlérzékenység,
- másodlagos daganatos betegség,
- a vizsgálatba történő beválasztást elutasító beteg.

2009. június és szeptember között 145 centrumban 1376 beteg került beléptetésre. A vizsgálat időtartama 2009 júniusától 2012 szeptemberéig 36 hónap volt. Valamennyi esetben a kezelés előtti TRUS-vezérelt biopszia hisztológiai vizsgálata „adenoc. prostatae”-t igazolt. A betegek átlagéletkora 71,25 (71–98) év, a hatvan év alattiak aránya 5,74% volt, 82,43% tartozott a 60–80 év közötti korosztályba. Meglehetősen magas volt a 80 év felettiek aránya, közel 12% (1. táblázat).

Kezelési és vizsgálati stratégia

Valamennyi, a vizsgálatba bevont egyén havonkénti, vagy 3 havonkénti adagolásban 3,6 mg, illetve 10,8 mg goszerelin-acetát (Zoladex Depot) LHRH-analóg implantátum terápiaiban részesült.

A tizenkét vizitmegjelenés alkalmával történt laboratóriumi vizsgálatok nem jelentettek eltérést a szokásos terápiás és gondozási gyakorlathoz képest, mivel a prosztatadaganatos betegek PSA-értékeinek időszakos (3 havonkénti) kontrollját a szakmai ajánlások írják elő.

Az észlelt mellékhatások folyamatosan regisztrálásra kerültek, enyhe, súlyos és az életet veszélyeztető kategóriák szerint.

3 havonta
1x

Zoladex[®]
goszerelin

10,8 mg

3 havi depot készítmény



Zoladex depot 10,8 mg implantátum előretöltött fecskendőben

Hatóanyag: 10,8 mg goszerelin (goszerelin-acetát formájában). **Terápiás javallat:** Hormonális kezelésre reagáló prosztatacarcinóma. A kezelés mindaddig folytatható, amíg az a beteg állapotát kedvezően befolyásolja. **Ellenjavallatok:** A készítmény hatóanyagával vagy bármely segédanyagával szembeni túlérzékenység. Nőknek történő alkalmazás. **Adagolás:** *Férfiak:* 3 havonta egy 10,8 mg os depot implantátum adandó szubkután az elülső hasfalba. **Mellékhatások:** *Nagyon gyakori:* hőhullámok, veritékezés, libidócsökkenés, potenciáscsökkenés. *Gyakori:* emlőduzzanat, az injekció beadásának helyén fellépő reakciók (pl. bőrpír, fájdalom, duzzanat, vérzés), bőrkiütés, csontfájdalom, a csontok ásványianyag sűrűségének csökkenése, a glükóz tolerancia csökkenése, paraesthesia, spinális kompresszió, vérnyomás ingadozás, testtömeg-növekedés, szívelégtelenség, myocardialis infarctus, hangulatváltozások, depresszió. **Osztályozás:** **II./2 csoport** Korlátozott érvényű orvosi rendelvénnyel kötött, szakorvosi/kórházi diagnózist követően folyamatos szakorvosi ellenőrzés mellett alkalmazható gyógyszer (Sz) Bővebb információért kérjük, olvassa el a gyógyszer alkalmazási előírását! (2014. 12. 12.) OGYI-T-1976/02 **Ár:** Zoladex depot 10,8 mg implantátum fogy. ár: 105 710 Ft; 100% 8h SZ; TB támogatás: 105 410 Ft, térítési díj: 300Ft. Az időközi változások a <http://www.oep.hu> honlapon (Szakmai kezdőlap/gyógyszer) érhetőek el.

AstraZeneca

AstraZeneca Kft.
1113 Budapest, Bocskai út 134-146.
Tel: +36-1-883-6500
www.astrazeneca.com/hungary

2. TÁBLÁZAT: A BETEGEK MEGOSZLÁSA AZ ELSŐDLEGES DIAGNÓZIS ÓTA ELTELT IDŐ SZERINT

Diagnózis óta eltelt idő (év)	n	%
0 év	159	11,56
1 év	563	40,92
2 év	227	16,5
≥3 év	427	31,03

Statisztikai módszerek

A statisztikai kiértékelés során az összehasonlító elemzések p-értékeinek meghatározásakor Fisher-féle egzakt próba alkalmaztunk, a kérdőívek kiértékelése és a testsúlyváltozás értékelése Mann–Whitney-teszt segítségével történt.

Eredmények

A kezelés az esetek 88%-ában a daganat felfedezését követően minimum egy év után kezdődött el, amikor a gondozási fázisban PSA-progresszió, vagy daganatos progresszió miatt indokoltta vált a beavatkozás. A betegek a felajánlott egyéb kezelési alternatívát részben elutasították, vagy eleve alkalmatlannak voltak rá. Csak 11,56%-nál kezdődött azonnali hormonterápia, mivel ezek a betegek ugyancsak alkalmatlannak voltak, illetve a kuratív kezelésbe nem egyeztek bele eleve (2. táblázat). A beléptetettek közül a 12. vizitre 1198 (87,06%) beteg jelent meg. A vizsgálatba beválasztottak átlagos testsúlya 82,3 (51–

3. TÁBLÁZAT: A BETEGEK MEGOSZLÁSA BMI SZERINT

Elhízás mértéke (BMI)	n	%
<25 kg/m ²	225	16,35
≥25 kg/m ²	1151	83,65

115) kg-nak, a BMI átlag 27,72-nek (18–41,4) bizonyult. A magas BMI-vel rendelkezőket az elhízás mértéke alapján három csoportba osztottuk (enyhén, közepesen és súlyosan elhízottak). A vizsgálatban résztvevők 16,35%-a enyhén, 62,79%-a közepesen, amíg 20,86%-a súlyosan elhízott volt.

A kezelés eredményességének vizsgálata szempontjából ugyanakkor két csoport került kialakításra, a túlsúlyos (BMI ≥25 kg/m²) és a nem túlsúlyos (BMI <25 kg/m²) kategóriák. A betegek több mint kétharmada 1151, 83,65% bizonyult túlsúlyosnak, amíg a nem túlsúlyos csoportba 16,35% került (3. táblázat).

A túlsúlyos betegek között a biokémiai és klinikai progresszió valamint a klinikai kiújulás szignifikánsan alacsonyabb arányban fordult elő (p=0,0133; p=0,0002) (4. táblázat).

Az RP-n átesett betegek esetében nem mutatkozott különbség ebben a tekintetben, bár itt a nagyon kicsi betegszám korlátozza az eredményeink értékelhetőségét. A hormonterápiát megelőzően nem kezelt betegek esetében a klinikai progresszió és kiújulás szempontjából nem (p=0,4703), de a biokémiai relapszust tekintve hasonlóan szignifikáns (p=0,0021) előnyt jelentett a magasabb BMI (5. táblázat). Nagyon érdekes megfi-

4. TÁBLÁZAT: BIODÉMIKAI ÉS KLINIKAI KIÚJULÁS BMI SZERINT A TELJES VIZSGÁLATI CSOPORTBAN

Elhízás mértéke (BMI)	Klinikai kiújulás	n	%
<25 kg/m ²	Nem	217	96,44
	Igen	8	3,56
≥25 kg/m ²	Nem	1138	98,87
	Igen	13	1,13

Odds Ratio: 0,3102 (CI95%: [0,176, 0,8743]) (p=0,0133)

Elhízás mértéke (BMI)	Biokémiai progresszió (eltérés a nadírtól ≥2 ng/ml)	n	%
<25 kg/m ²	Nem	207	92
	Igen	18	8
≥25 kg/m ²	Nem	1122	97,48
	Igen	29	2,52

Odds Ratio: 0,2976 (CI95%: [0,1564, 0,5803]) (p=0,0002)

5. TÁBLÁZAT: BIODÉMIKAI ÉS KLINIKAI KIÚJULÁS BMI SZERINT AZ ELŐZETES KEZELÉSBEN NEM RÉSZESÜLT BETEGCSOPORTBAN

Elhízás mértéke (BMI)	Klinikai kiújulás	n	%
<25 kg/m ²	Nem	122	99,19
	Igen	1	0,81
≥25 kg/m ²	Nem	713	99,58
	Igen	3	10,42

Odds Ratio: 0,5138 (CI95%: [0,0409, 27,1666]) (p=0,4703).

Elhízás mértéke (BMI)	Biokémiai progresszió (eltérés a nadírtól ≥2 ng/ml)	n	%
<25 kg/m ²	Nem	113	91,87
	Igen	10	8,13
≥25 kg/m ²	Nem	700	97,77
	Igen	13	2,23

Odds Ratio: 0,2589 (CI95%: [0,1073, 0,6551])

6. TÁBLÁZAT: ÁTLAGOS TESTSÚLYVÁLTOZÁS A KIINDULÁSI ÉS A KIÚJULÁSKOR TÖRTÉNT, VAGY A ZÁRÓ VIZIT KÖZÖTT (KG)

Klinikai kiújulás	n	Testsúlyváltozás (kg)
Nem	1355	2,85
Igen	21	0,67

($p=0,0116$)

Biokémiai kiújulás	n	Testsúlyváltozás (kg)
Nem	1329	2,94
Igen	47	-0,51

($p<0,0001$)

gyelésnek bizonyult, hogy ezzel párhuzamosan a klinikai és biokémiai progressziót egyaránt szignifikánsan ($p=0,0116$; $p<0,0001$) magasabb arányban lehetett detektálni azoknál, akik a vizsgálat ideje alatt nagyobb testsúlycsökkenést produkáltak, szemben azokkal, akik a vizsgálat teljes ideje alatt túlsúlyosak maradtak (6. táblázat).

A sugárkezelésben részesült betegek esetében ugyancsak a túlsúlyos betegek javára volt kimutatható előny a klinikai progressziót ($p=0,0126$), és a biokémiai relapszust tekintve ($p=0,0242$) (7. táblázat).

Megbeszélés

Jelentős számú epidemiológiai tanulmány próbált rávilágítani az elhízásnak a prosztatatarák kialakulásában játszott szerepére. Az eddig publikált eredmények alapján megállapítható, hogy az elhízás és a prosztatatarák kapcsolata szerteágazó és összetett probléma.

Az elhízásnak a kezelés kimenetelére kifejtett hatása az epidemiológiai tényezőkhöz viszonyítva sokkal kevésbé tisztázott. Egyes szerzők szerint az elhízás a biokémiai progresszió független előrejelző tényezőjének bizonyult (4, 5). Más közlemények szerint azonban csak gyenge összefüggés van a BMI, illetve az inverz BMI (INVBMI) és a prosztatadaganat kifejlődése, agresszivitása, valamint a daganathoz társuló mortalitás között (6).

Jelen vizsgálatunk szerint a prosztatatumor miatt akár kuratív (RP vagy RT) kezelésen átesett és adjuváns hormonterápiát kapott, illetve a primeren csak goszerelin kezelésben részesülő betegek körében az elhízás (magas BMI) és a biokémiai, vagy klinikai daganatkiújulás (rekurrencia) előfordulása között fordított összefüggés állapítható meg.

A klinikai kiújulás és a biokémiai progresszió a teljes beteganyagot vizsgálva a túlsúlyos betegek esetében szignifikánsan kisebb számban fordult elő.

Feltételezésünk szerint ennek hátterében a túlsúlyos férfiak alacsonyabb tesztoszteronszintje állhat.

7. TÁBLÁZAT: BIOKÉMIAI ÉS KLINIKAI KIÚJULÁS BMI SZERINT A SUGÁRKEZELÉSBEN RÉSZESÜLŐ BETEGCSOPORTBAN

Elhízás mértéke (BMI)	Klinikai kiújulás	n	%
<25 kg/m ²	Nem	20	90,91
	Igen	2	9,09
≥25 kg/m ²	Nem	302	99,67
	Igen	1	0,33

Odds Ratio: 0,0341 (CI95%: [0,0006, 0,6815]) ($p=0,0126$)

Elhízás mértéke (BMI)	Biokémiai progresszió (eltérés a nadírtól ≥2 ng/ml)	n	%
<25 kg/m ²	Nem	20	90,91
	Igen	2	9,09
≥25 kg/m ²	Nem	301	99,34
	Igen	2	0,66

Odds Ratio: 0,0679 (CI95%: [0,0047, 0,9818]) ($p=0,0242$)

Az alacsony tesztoszteronszint prevalenciája 20% és 64% között mozog, függően a vizsgált populációtól és attól, hogy a teljes, vagy a szabad tesztoszteronszintjét mérték (7).

Epidemiológiai vizsgálatok szerint mind a szérumszintű tesztoszteron, mind a szabad tesztoszteronszint csökken elhízott férfiaknál. Ennek egyik magyarázata az, hogy az obes egyénekben fokozódik az aromatáz aktivitás, és ennek következtében a tesztoszteron ösztadiollá konvertálódása. A fokozott ösztion és ösztadiol-termelődés szintén összefügg a magasabb testsúllyal (8).

Számos közlemény szerint az elhízott férfiakban ugyan alacsonyabb a hormonkezelés megkezdése előtti tesztoszteronszint, de paradox módon a terápia során a progrediáló esetekben a teljes és szabad tesztoszteronszintjének emelkedését figyelték meg, ami magyarázhatja az elhízás és magasabb mortalitás között talált összefüggést (9). Ezek a megfigyelések ugyanakkor lokálisan előrehaladott, vagy metasztatikus stádiumú betegek esetében igazolódtak és a tesztoszteronszint mérése a depot készítmény 1-3 havonta esedékes következő adagjának beadása előtt közvetlenül történt (10, 11).

Jelen vizsgálatunk beteganyagának 64%-a T1-T2 stádiumú, az átlagos Gleason-score 5,5 volt, és a betegek 54%-ánál a hisztológiai lelet jól differenciált adenokarcinómát igazolt.

Feltételezzük, hogy eredményeinket a bevont betegek korai klinikai stádiuma és a terápiára való fogékonyság is befolyásolta.

Az alacsonyabb kiindulási tesztoszteronszint mellett az alkalmazott LHRH-analóg terápia hatékonyságát nem befolyásolta negatívan a magasabb BMI.

Esetünkben a magas testtömegindex nem bizonyult független rizikófaktorának a prosztaták progressziója szempontjából. A betegség stádiuma, a kiindulási tesztoszteronszint és az alkalmazott androgén depriváció típusa egyaránt befolyásolhatja a klinikai kimenetelt.

Következtetések

A vizsgálatba bevont betegek között jelentősen nagyobb számban fordult elő a magas BMI ($\geq 25 \text{ kg/m}^2$). A magas BMI mind a klinikai, mind a biokémiai kiújulás tekintetében szignifikáns előnyt jelentett. A magas BMI és a prosztatadaganat

előfordulása, a rák jellege és a daganat kezelését követő kiújulás előfordulása közötti kapcsolatot több klinikai vizsgálat ki-mutatta. A közölt adatok és vélemények azonban nem egy-ségesek, néha ellentmondásosak.

Vizsgálatunk eredményei arra hívják fel a figyelmet, hogy szükséges a prosztaták és a magas testtömegindex, vala-mint az alkalmazott terápia hatékonysága közötti összefüg-gések további tisztázása.

Köszönetnyilvánítás

A szerző köszönetét fejezi ki a vizsgálatban résztvevő min-den kollégájának és betegeknek.

Irodalom

1. Buschemeyer III WC, et al. European Urology 2007; 52: 331–343.
2. Efstathiou JA, et al. Cancer 2007; 110 (12): 2691–99.
3. Efstathiou JA, et al. I J Rad Oncol 2008; 71 (5): 1302–8.
4. Roermund JGH, et al. WJU 2007; 25: 491–497.
5. Amling CL et al. J Clin Oncol 2004; 22 (N 3):439–445.
6. Mallah KN, et al. Cancer 2005; 103 (10): 2030–34.
7. Kalyani RR, Dobs AS. Curr Opin Endocrinol Diabetes Obes 2007; 14: 226–234.
8. Diaz-Arjonilla M, Schwarcz M, Swerdloff RS, Wang C. International Journal of Impotence Research 2009; 21, 89–98; doi: 10.1038/ijir.2008.42; published online 9 October 2008.
9. Leonard G. Gomella. Rev Urol 2009; 11 (2): 52–60.
10. Smith MR. Clin Cancer Res 2007; 13: 241–5.
11. Armstrong AJ, Halabi S, de Wit R, et al. Prostate Cancer Prostatic Dis 2009; 12: 88–93.

RÖVIDÍTÉSEK: BMI: BODY MASS INDEX; EBRT: EXTERNAL BEAM RADIATION THERAPY; RP: RADIKÁLIS PROSTATECTOMIA; RT: RADIOTERÁPIA

A cikk megjelenését az AstraZeneca Kft. támogatta

Lezárás dátuma: 2015. 03. 24.

KEDVES KOLLEGÁK!

Az uroginékológia a nőgyógyászat és az urológia határterületét jelentette régen és napjainkban is. Számos országban külön képzési rendszere van ennek a diszciplínának. Hazánkban a Magyar Nőorvos Társaság keretén belül régóta működött az uroginékológiai szekció, mely két éve történt tisztújítás után új lendülettel próbálja az interdiszciplináris szakterülettel foglalkozó kollégákat összefogni, továbbképző tanfolyamokat és tudományos üléseket szervezni. A szekció egyik fő célkitűzése az uroginékológiai licence vizsga feltétel-rendszerének megalkotása, illetve akkreditált képzést követően történő vizsga megszervezése. A licence elnyeréséhez szükséges el-méleti és gyakorlati képzés olyan ismeretanyagot tartalmaz, mely segíti az uroginékológiai határterülettel foglalkozó kollégák napi te-vékenységét, a jobb, minőségi betegellátást.

Nagy örömmel és szeretettel várjuk a kedves kollégákat „Az urogenitalis prolapsusok sebészi kezelése” című akkreditált tanfolyamra, mely egyben az uroginékológiai szekció első önálló tudományos kongresszusa is lesz. A tanfolyam és a kongresszus helyszínül a kiváló adottságokkal rendelkező ceglédi Aquarell Hotelt választottuk, mely a hideg téli hónapok után április közepén a színvonalas szakmai program biztosítása mellett jó lehetőséget kínál egy kis tavaszi felfrissülésre is.

A továbbképző előadások megtartására az urogenitalis prolapsusok sebészi kezelésével foglalkozó meghatározó hazai nőgyógyászokat és urológusokat hívtuk meg. A gyakorlati ismeretanyag átadást szolgálják a ceglédi Toldy Ferenc Kórház Szülészeti és Nőgyógyászati Osztályáról a tanfolyam, a kongresszus helyszínére kiközvetített élő műtéti bemutatók, illetve azok a prolapsus műtétek, amelyeket ki-váló, gyakorlott magyarországi szakemberek intézetükben végeztek és a tanfolyam szervezőinek felkérésére oktatófilm formájában a tanfolyamon prezentálnak. A felkért előadások mellett szereplési lehetőséget biztosítunk a tanfolyam hallgatói, illetve a kongresszus résztvevői számára is. Tekintettel arra, hogy gyakorlati ismeretekről van szó, az urogenitalis prolapsusok műtéti megoldásait bemutató rövid video prezentációk megtartására van mód, előzetes előadás bejelentést követően.

Bízunk benne, hogy a tanfolyam és kongresszus felkeltette érdeklődésüket és nagy számban üdvözölhetjük Önöket Ceglédén 2015 áprilisában. A tanfolyam elvégzése 20 továbbképző pont elszámolását teszi lehetővé.

Várunk szeretettel minden kedves kollégát és érdeklődőt.

Dr. Endrődi Tamás

társelnök

MNT és MUT közös

Uroginékológiai Szekciója

Dr. Majoros Attila

társelnök

MNT és MUT közös

Uroginékológiai Szekciója

HUNGARY

2nd EULIS

POSTGRADUATE WORKSHOP ON UROLITHIASIS

Budapest, 10 – 11 April 2015

KEDVES KOLLÉGÁK!

A kősebészet az egyik legősibb urológiai tevékenység, amely-ben az utóbbi időben a modern minimál invazív technikák elterjedésével és a képzővizsgálatok fejlődésével hatalmas változások tapasztalhatóak. Ezért tartjuk fontosnak, hogy a hazai kollégák neves európai szakemberektől hallhassanak összefoglalót a kősebészet jelen állásáról és lehetséges jövőjéről.

Nagy megtiszteltetés számunkra, hogy április 10-11. között a Semmelweis Egyetem Urológiai Klinikája és Uroonkológia Központja a Magyar Urológusok Társaságával karöltve rendezheti meg Budapesten az Európai Urológus Társaság húgyúti kövességgel foglalkozó szekciójának második posztgraduális workshop-ját.

Az eseményre a húgyúti kövesség kezelésében nagy tapasztalattal rendelkező hazai és nemzetközi szakteintézeteket hívtunk meg azzal a céllal, hogy gyakorlati módon bemutassák a húgyúti kövesség területének teljes spektrumát az epidemiológiától kezdve, a megelőzésen és diagnosztikán át a kezelésig.

Bizunk benne, hogy a workshop felkeltette érdeklődésüket és nagy számban üdvözölhetjük Önöket nemzetközi rendezvényünkön. **A workshop elvégzése 30 továbbképző pont elszámolását teszi lehetővé.**

Várunk szeretettel minden kedves kollégát és érdeklődőt.

Prof. Dr. Nyirády Péter

egyetemi tanár, igazgató, Semmelweis Egyetem
Urológiai Klinika és Uroonkológiai Centrum

Prof. Kemal Sarica

EAU Urolithiasis szekció
elnöke

TUDOMÁNYOS PROGRAM

2015. ÁPRILIS 10., PÉNTEK

09.00-09.10 Welcome

Peter Nyirady, Head of Department of Urology of Semmelweis University; Budapest, Hungary
Kemal Sarica, Chairman EAU Section of Urolithiasis; Istanbul, Turkey

09.10-09.30 Metabolic analysis, conservative therapy, prevention

Dr. Csaba Horváth, Budapest, Hungary

09.30-10.00 Radiology: Low dose CT versus iv urography, limitations/benefits, consensus on indication, other news

Dr. Pál Bata, Dr. Attila Szendrői, Budapest, Hungary

10.00-10.30 Supine and prone position from the anesthesiologist's aspect, spinal versus general anesthesia, anticoagulation – guidelines, evidences and clinical practice

Dr. Klára Agócs, Budapest, Hungary

10.30-11.00 Infectious complications and prevention – guidelines, evidences and clinical practice

Prof. Dr. Péter Tenke, Budapest, Hungary

11.00-11.30 Paediatric Urology: stone disease in childhood

Dr. Miklós Merksz, Budapest, Hungary

11.30-12.00 ESWL: theoretic background and clinical practice, indications, limitations, international and Hungarian trends, new devices

Dr. Gergely Bánfi, Budapest, Hungary

12.00-12.30 Debate – Lower pole stones: how to treat? RIRS, PCNL, ESWL

Dr. Ákos Tordé, Dr. Attila Szendrői, Budapest, Hungary

12.30-13.00 Nightmare session, problematic cases, options for prevention and options to solve the problem

Prof. Dr. Péter Nyirády, Budapest, Hungary

Prof. Andras Hoznek, Paris, France

Prof. Andreas Gross, Hamburg, Germany

13.00-14.00 Lunch break

14.00-14.30 New technical modalities in surgical management of stone disease. Lasers, disposable instruments, flexible endoscopes, chip on tip devices, HD cameras and monitors, irrigation systems and fluids, mini and micro PCNL

Dr. Zsolt Szepesváry, Győr, Hungary

14.30-15.00 Evolution of puncture techniques during PCNL

Prof. Dr. András Hoznek, Paris, France

15.00-15.30 Miniaturization of PCNL: rationale, technique and results

Prof. Dr. András Hoznek, Paris, France

15.30-16.00 Residual fragments: definition, clinical significance and diagnostics, treatment

Prof. Dr. Kemal Sarica, Istanbul, Turkey

16.00-16.30 The use of robots in the treatment of stone disease

Prof. Dr. Kemal Sarica, Istanbul, Turkey

16.30-17.00 Metabolic analysis of stones and indications

Prof. Dr. Christian Seitz, Vienna, Austria

17.30-18.00 Observation and conservative treatment (MET)

Prof. Dr. Christian Seitz, Vienna, Austria

2015. ÁPRILIS 11., SZOMBAT

08.00-09.00 PCNL prone or supine position? Pros and cons

Prof. Dr. Andreas Gross, Hamburg, Germany

Dr. Cesare Marco Scoffone, Torino, Italy

09.00-09.30 Present role of flexible ureteroscopy in the treatment of renal stones

Prof. Dr. Olivier Traxer, Paris, France

09.30-10.00 How to optimize the use of holmium laser for the treatment of stone disease?

Prof. Dr. Olivier Traxer, Paris, France

10.00-10.30 Pathophysiological aspects of ureterorenoscopy

Prof. Dr. Palle Othser, Fredericia, Denmark

10.30-11.00 Treatment options of ureter stone: observation, ESWL, URS

Prof. Dr. Andreas Gross, Hamburg, Germany

11.00-11.30 The role of PCNL, RIRS and ECIRS in the treatment of staghorn stones

Prof. Dr. Geavlette Petrisor, Bucharest, Romania

11.30-12.00 Stones and infection

Prof. Dr. Geavlette Petrisor, Bucharest, Romania

12.00-12.30 Stone disease in pregnancy

Dr. Ákos Tordé, Budapest, Hungary

12.30-13.00 The role of endoscopic combined intrarenal surgery in the treatment of stone disease

Dr. Cecilia Cracco, Torino, Italy

Resume & farewell

Peter Nyirady, Budapest, Hungary, and *Kemal Sarica*, Istanbul, Turkey

Lunch

AKKREDITÁCIÓ

A tanfolyam a Semmelweis Egyetem által a SE-TK/2015.I./00317 kódszámon szabadon választható továbbképző tanfolyam, amelynek kreditpont értéke: **30 pont**.

TOVÁBBI INFORMÁCIÓ, ON-LINE REGISZTRÁCIÓ:
WWW.CONVENTION.HU

eulis EAU
www.convention.hu

Az anyai betegségek és azok gyógyszeres kezelésének szerepe az izolált hypospadiasis kialakulásában

Mavrogenis Stelios dr.¹, Urban Róbert dr.², Czeizel Endre dr.³,
Mavrogenis Aphrodite⁴, Szabó Ferenc János dr.¹, Ács Nándor dr.⁵

¹Országos Onkológiai Intézet, Daganatsebészeti Központ, Uro-onkológiai részleg, Budapest (részlegvezető: Szabó Ferenc János dr.)

²ELTE PPK Pszichológiai Intézet, Személyiség- és Egészségpszichológiai Tanszék, (tanszékvezető: Urban Róbert dr.)

³Genetikai Ártalmak Társadalmi Megelőzése Alapítvány, Budapest (igazgató: Czeizel Endre dr.)

⁴Semmelweis Egyetem ÁOK, Budapest (rektor: Szel Ágoston dr.)

⁵Semmelweis Egyetem ÁOK, II. sz. Szülészeti és Nőgyógyászati Klinika, Budapest (igazgató: Ács Nándor dr.)

Levelezési cím:
Dr. Mavrogenis Stelios
Országos Onkológiai Intézet,
Daganatsebészeti Központ
Uro-onkológiai részleg
1122 Budapest,
Ráth György utca 7–9.
e-mail:
drstavrogenis@gmail.com

ÖSSZEFOGLALÁS

Célkitűzések: A hypospadiasis az urethra veleszületett fejlődési rendellenessége (congenital abnormality – CA), a húgycső nyílása a pénisz ventralis oldalán, ectopián helyezkedik el, a glans csúcsától proximálisan. A hypospadiasis prevalenciája, az elmúlt években növekvő tendenciát mutat. Vizsgálatunk célja feltárni a lehetséges anyai rizikófaktorok szerepét az izolált hypospadiasis (IHS) kialakulásában.

Betegek és módszer: Az izolált hypospadiasisos esetek incidenciáját/prevalenciáját tanulmányoztuk az akut és krónikus anyai betegségekhez kapcsolódó, terhesség alatti, gyógyszeres kezelések vizsgálatával. Az IHS-ben érintett beteg anyák gyógyszeres kezelését populációs- és malformációs kontrollcsoportokkal hasonlítottuk össze. A populációs kontrollcsoportban rendellenesség nem, a malformációs kontrollcsoportban egyéb más veleszületett rendellenesség fordult elő. A betegcsoport a Veleszületett Rendellenességek Országos Nyilvántartásában (VRONY) szereplő 3038 IHS-esetet, a populációs kontrollcsoport 24 814 fiúgyermeket, a malformációs kontrollcsoport 11 096 esetet foglalt magába. Az érintett beteg anyák krónikus betegségeiről és az alkalmazott kezelésekről orvosi feljegyzések, illetve retrospektíven, az anyáktól kapott információk alapján tájékozódunk.

Eredmények: Minden vizsgált csoportban az adott betegséget és gyógyszeres kezelését értékeltük. Az anya epilepsziája miatt valproáttal kezelt esetek [odds ratio (OR) with 95% confidence interval (CI): 1.97, 1.07–3.61], és a méhnyakerózió (4.09, 1.84–9.12) mutatott szoros összefüggést az IHS nagyobb kockázatával. Összefüggést találtunk az orális nystatin (1.94, 1.22–3.09), lineszterol (26.66, 8.69–81.80), etinilösztadiol (3.51, 1.61–7.67) kezelés és az IHS magasabb kockázata között is.

Következtetések: Az anyai méhnyaki erózió, a valproát, a nystatin, és az etinilösztadiol kezelés (a terhesség II-IV. hónapjában) szoros összefüggést mutat az IHS kialakulásának nagyobb rizikójával.

KULCSSZAVAK

HYPOSPADIASIS, VELESZÜLETETT RENDELLENESSÉG, LYNESTRENOL, NYSTATIN, VALPROÁT, POPULÁCIÓS KONTROLLCSOPORT, MALFORMÁCIÓS KONTROLLCSOPORT

Maternal risk factors in the origin of isolated hypospadias: A population-based case-control study

SUMMARY

Objective: Hypospadiasis is a structural birth defect, i.e. congenital abnormality (CA) of male genital organs, thus the urethral opening is displaced along the ventral surface of the penis. The birth prevalence of hypospadias increased during the last decades, thus the aim of this study to analyze the possible role of maternal risk factors in the origin of isolated hypospadias (IHS).

Material and methods: The incidence/prevalence of acute and chronic maternal diseases with related drug treatments were compared in the mothers of cases with IHS, population controls without defect and malformed controls affected with other isolated abnormalities in the population-based Hungarian Case-Control Surveillance of Congenital Abnormalities including 3038 cases with IHS, 24,814 population male controls without any defects and 11096 malformed male controls with other isolated defect. Among exposures, prospective medically recorded chronic diseases and medically recorded or retrospective maternal information regarding acute diseases and drug treatments were evaluated in the study groups. Maternal epilepsy due to the treatment of valproate [odds ratio (OR) with 95% confidence interval (CI): 1.97, 1.07–3.61] and cervical erosion (4.09, 1.84–9.12) were associated with a higher risk of IHS. In addition, there was an association of oral nystatin (1.94, 1.22–3.09), lynestrenol (26.66, 8.69–81.80) and ethynilestradiol (3.51, 1.61–7.67) treatments in the mothers of cases with a higher risk for IHS.

Conclusion: In conclusion, maternal cervical erosion, valproate, nystatin, lynestrenol and ethynilestradiol associated with a higher risk for IHS.

KEYWORDS

HYPOSPADIASIS, CONGENITAL ANOMALY, LYNESTRENOL, NYSTATIN, POPULATION BASED CASE-CONTROL STUDY, VALPROATE

Ma már a betegségek népegészségügyi jelentőségét nem gyakoriságuk és a halálozás, hanem az elvesztett, illetve károsodott életévek adják. A születési rendellenességekkel született gyermekeknél teljes rekonstrukció vagy gyógyulás nem várható. Kóreredetük értékelése alapján multiplex és izolált fejlődési rendellenességeket (congenital abnormality – CA) különböztethetünk meg. A Veleszületett Rendellenességek Országos Nyilvántartása (VRONY) szerint az elmúlt évtizedekben a hypospadiasis prevalenciája emelkedett (3, 4) 10 000 újszülöttről 4–43 beteget érint, ami népességbeli, faji eltérésekkel (1) a nem egységes diagnosztikai követelményekkel és meghatározással csak részben magyarázható (2). Multiplex rendellenesség esetén több különböző szerv vagy testrész anomáliájáról, azok kombinációjáról beszélhetünk (pl. *Down-szindróma*).

Az izolált fejlődési rendellenesség kategóriába az egy szervre vagy szervrendszerre lokalizálódó CA tartozik, ilyen például az izolált hypospadiasis, amely tanulmányunk tárgya.

Kialakulásának mechanizmusa szerint is besorolhatjuk az említett rendellenességeket. Ha kialakulásuknak genetikai oka van malformációról, ha külső tényezők okozzák, diszrupcióról beszélünk.

Retrospektív vizsgálatunk kiterjed a terhesség során, annak kritikus szakaszában az anyai betegségekre, illetve azok kezelésére alkalmazott gyógyszerek, hormonok hatására, vizsgálja ezek következményeit, elemzi az adatok és az izolált hypospadiasis (IHS) összefüggéseit.

A hypospadiasis a férfi (ritkábban női) nemi szerv veleszületett rendellenessége, amely a húgycső fúziójának fejlődési zavara miatt alakul ki. A húgycsőnyílás a hímvessző ventralis felszínén helyezkedik el. Hypospadiasis kialakulását környezeti tényezőkkel, többek között a progesztinokkal, az ösztrogén és antiandrogén tulajdonságokkal bíró endokrin diszruptor vegyületekkel – beleértve a fitoösztrogéneket – az in vitro megtermékenyítéssel, a vegetáriánus étrenddel hozzák összefüggésbe (1).

Betegek és módszer

Betegek kiválasztása, a feldolgozás módszerei

Az eseteket két csoportra – izolált, illetve multiplex vagy szindrómás (kettő vagy több veleszületett eltérés [CA] különböző szervekben) – veleszületett rendellenességekre osztottuk. 1980 és 1996 között a különböző rendellenességgel – köztük az izolált hypospadiasisal (IHS) – született gyermekek szüleit kérésükre meghívtuk a VRONY-munkacsoport éves gyűléseire. A munkatársaink tájékoztatást nyújtottak a szülőknek az IHS lehetséges okait illetően. A VRONY-munkacsoport 2 orvosgenetikusa fizikális vizsgálatot végzett gyermekeiken és – ha szükségesnek látták – tanácsot adtak a további vizsgálatokra, kezelésekre, valamint a kiújulás kockázatának megelőzésére vonatkozóan. Az érintettek fizikális vizsgálata elősegítette az egységes IHS-diagnózisok felállítását és az alcsoportok elkülönítését.

A nyilvántartásból csak a születés utáni első három hónapban bejelentett eseteket vontuk be vizsgálatunkba. Ennek alapján az esetek (többnyire enyhe CA) 23%-át kizártuk. Figyelmünk kívül hagytuk a fogantatást megelőzően kialakult génmutációk vagy kromoszomális aberrációk okozta CA-szindrómás eseteket is.

A kontrollcsoportot CA-mentes újszülöttek alkották. A kontrollszemélyeket a Központi Statisztikai Hivatal VREKM-re (népesség alapú Veleszületett Rendellenességek Eset-Kontroll Monitor) vonatkozó születési anyakönyvi nyilvántartásából választottuk ki a VRONY munkatársaitól kapott negyedévenkénti esetlisták alapján. Általában két egészséges kontrollszemélyt vetettünk egybe egy-egy beteggel. A kontrollbetegek azonos neműek voltak és figyelembe vettük a születési hetet az adott évben, illetve a szülők lakóközetét is.

Adatok

Adataink 3 forrásból származnak (5)

1. prospektív, orvosilag feljegyzett adatok. A vizsgálatra kiválasztott (egészséges és anomáliával rendelkező) gyermekek szülei számára a vizsgálatra vonatkozó részletes tájékoztatót küldtünk, egyúttal megkértük az édesanyákat, hogy juttassák el hozzánk a terhességvizsgáló naplójukat, a szülés utáni zárójelentésüket és a vizsgált terhességi idő alatti valamennyi betegségükre vonatkozó, valamint gyermekük CA-jával kapcsolatos orvosi feljegyzést (az orvosi dokumentumokat 4 héten belül visszaküldtük). A terhességvizsgáló kötelező volt az állapotos nők számára, így a terhes nők közel 100%-a járt átlagosan 7 alkalommal terhességvizsgálásra, így betegségeik rögzítésre kerültek.
2. Retrospektív anyai beszámolókból nyert információk: kérdőívet és nyomtatott, tájékoztatáson alapuló beleegyezési nyilatkozatot küldtünk a beteg és a kontrollcsoport édesanyái számára. A kérdőív tartalmazta az anya betegségeire és az azokkal összefüggő gyógyszeres kezelésekre vonatkozó információkat. Az átlagos \pm statisztikai eltérési idő (SD idő), amely a terhesség vége és az „információs csomag” (beleértve a naplót, a zárójelentést, a kérdőívet és a beleegyezési nyilatkozatot) válaszborítékban történő visszaküldése között eltelt, $3,5 \pm 2,1$ hónap volt a betegek, illetve $5,2 \pm 2,9$ hónap a kontrollcsoportok esetében.
3. Kiegészítő adatgyűjtés: védőnőket kértünk meg arra, hogy a válaszadókon kívül látogassák meg azokat az édesanyákat is, akiknek gyermekei érintettek az adott betegségben, de nem válaszoltak megkeresésünkre. A védőnők segítettek a kérdőív kitöltésében és a rendelkezésre álló orvosi dokumentumok kiértékelésében. A két validációs vizsgálat során a védőnők csak 200 válaszoló és 600 nem válaszoló kontrollanyát látogathattak meg, mert az etikai bizottság úgy vélte, hogy ez a nyomkövetés zavarja az egészséges gyermekek szüleit (5). A veszélyeztetettség a megkérdezett édesanyák beteg gyermekeinek 96,3%-ában volt jelen (84,4% a válaszokból és 11,9% a látogatásokból derült ki). Az aláírt beleegyezési nyilatkozatot az édesanyák 98%-a küldte vissza; az aláírt beleegyezési nyilatkozatot vissza nem küldők (2%) nevét és lakcímét töröltük adatbázisunkból.

Az IHS értékelése

A multiplex CA-eseteket kizártuk vizsgálatainkból, akkor is, ha az egyik anomália éppen a hypospadiasis volt.

Az IHS kritikus periódusát a fogantatás utáni 5. és 14. hét közé becsülik, vagyis az utolsó menstruáció első napjától számított 7. és 16. gesztációs hét közé. Ennek alapján a terhesség 2. és 4. hónapja közötti veszélyeztetettséget tanulmányozták (7).

A kontrollcsoportokat két részre osztottuk:

1. egészséges gyermekekből álló kontrollcsoport (a fenti kiválasztási szempontokat figyelembe véve), egy beteg gyermekre általában 2 egészséges gyermeket számítva.
2. Populációs kontrollcsoportok: összes élveszületés 1980 és 1996 között, ide értve a Veleszületett Rendellenességek Eset-Kontroll Monitornak jelentett eseteket is. Ezen kívül kiértékeljük még az egyéb izolált veleszületett rendellenességgel (pl. Down-kór) született betegeket is, amely csoportot a táblázatban, malformációs kontrollcsoportként tüntettük fel. Erre az IHS-specifikus és az egyéb rendellenességeket okozó teratogén hatások elkülönítése és a visszaemlékezés torzító hatásainak (az elvárásoknak való megfelelés, félrevezető információk, sztereotípiák, előzetes tudás, időtorzító hatása) megbecsülése, kiküszöbölése miatt volt szükség (8).

Magyarországon 1980 és 1996 között az élveszületések száma 2 138 151 volt. Ebből 38 151 fő (1,8%) prezentálna a populációs kontrollcsoportot, akik közül 24.814 fiú újszülöttet tudtunk figyelembe venni. A 3038 fős beteg (IHS) csoportra 4981 fős egészséges gyermekekből álló kontrollcsoport jutott. A kontroll és a populáció kontrollcsoport adatait összehasonlítva nem találtunk szignifikáns eltérést, ráadásul az anyai tényezők előfordulása is hasonló volt, így csak a nagyobb statisztikai súlyú populáció kontrollcsoportok szerepelnek dolgozatunkban. Az egyéb izolált veleszületett anomáliával rendelkező malformációs kontrollcsoportba 11 096 fiúgyermek tartozott.

Statisztikai elemzés

A változók elemzésére a STATA szoftvert (Dittrich & Partner Consulting GmbH, Data Analysis and Statistical Software) használtuk. Összehasonlítottuk a betegek, a populációkontrollok és a malformációs kontrollok anyáinak veszélyeztetettségét (odds ratio – OR) és 95%-os megbízhatósági intervallum (confidence interval – CI) esélyt számítottunk egy többváltozós, abszolút regressziós modellben. A zavaró tényezők közül a társadalmi-gazdasági státus indikátoraként az anya korát, a születési sorrendet (paritást) és a munkahelyi beosztást vettük figyelembe (9).

Eredmények

A VREKM-et 1980-ban hozták létre. Az adatgyűjtés módszerét 1997-ben megváltoztatták, de tanulmányunkban csak az egységes módszerrel gyűjtött, 1980 és 1996 közötti adatokat elemeztük. Ebben az időszakban a nyilvántartásban (VRONY) 3038 élve született IHS-eset szerepelt, amelyben nem minden esetben különülnek el az egyes alcsoportok, ezért 1580 esetet

1. TÁBLÁZAT: AZ IZOLÁLT HYPOSPADIASIS ELŐFORDULÁSA ALCSOPORTONKÉNT

Alcsoportok	n=1580	+52%
glandularis	372	(23,5%)
coronalis	658	(41,6%)
pendularis	490	(31,0%)
penoscrotalis	41	(2,6%)
scrotalis	11	(0,7%)
perineoscrotalis	8	(0,5%)

(52%) tudtunk besorolni alcsoportokba (1. táblázat).

Vizsgálataink alapján az akut anyai betegségcsoportok (pl. influenza) incidenciája nem mutatott semmilyen kapcsolatot az IHS kockázatával.

A krónikus anyai betegségek kiértékelése a terhesgondozási naplóban szereplő orvosi feljegyzésekre épült (2. táblázat). A populáció kontrollcsoport anyai betegségeivel összevetve, két krónikus anyai betegség társult az IHS nagyobb kockázatával, az epilepszia és a méhnyakerózió.

13 (2. táblázat) epilepsziás anyából 3-at nem kezeltek terheségük alatt epilepszia ellenes gyógyszerekkel, amíg 7 anya monoterápiában részesült (valproát 4, phenytoin 2, diazepam 1). 3 nő politerápiás kezelést kapott, közülük 2 valproát + diazepam a harmadik phenytoin+diazepam kezelést kapott. Ha a 6 valproáttal kezelt beteget kivettük a 13 epilepsziás nő közül, akkor a korábban talált összefüggés a gyógyszerek káros következményeit tekintve megszűnt.

A méhnyaki erózió előfordulása a populáció kontrollcsoportokkal összehasonlítva, ugyancsak magasabb volt a beteg gyermekek édesanyáinál. A méhnyaki erózió méhnyaki ectopia. A betegség során a méhnyak sejtjei pikkelyes sejtekből, vörös, erodált megjelenésű, oszlopszerű sejtekké alakulnak át. Ez az ún. „méhnyaki erózió” normális állapotként megfigyelhető a termékeny korú nőknél is, így a diagnózist az alábbi feltetelek megléte esetén vettük figyelembe:

- csak a szülészorvosok által, a terhesgondozási naplóban feljegyzett méhnyaki eróziót értékeltük;
- jól meghatározott diagnosztikai kritériumokat alkalmaztunk: kizárólag gyulladt vagy gyulladásmentes eróziót foglaltunk bele, de ha a méhnyaki erózió medencei gyulladásos betegségekkel és/vagy vulvovaginitisszel/bakteriális vaginossal társult, akkor ezeket a terhes nőket kizártuk a vizsgálatból;
- csak az olyan terhes nőket vettük bele a vizsgálatba, akik méhnyaki erózióját helyileg és szájon át adott antimikotikus és antiparazitikus gyógyszerekkel – főleg clotrimazollal, metronidazollal és metrodinazol + miconazol kombinációval kezelték.

59 féle gyógyszert használt az a 15 anya, amik közül 3 gyógyszert (allylestrenol, nystatin, phenobarbital) a kritikus időszakban gyakrabban használtak, mint a populáció kontrollok és a malformációs kontrollok édesanyái (3. táblázat). A progesztin-származék allylestrenol tabletták (Gestaton®, Organon®, Turinal®, Richter) 5 mg hatóanyagot tartalmaztak, és indikációjuk a veszélyeztetett és habituális/ismétlődő vetélés kezelése/meg-

2. TÁBLÁZAT: AZ ISOLÁLT HYPOSPADIASIS RIZIKÓ PREVALENCIÁJÁNAK KIMUTATÁSA OLYAN TERHES NŐKNÉL, AKIKNÉL ELŐFORDULT A TÁBLÁZATBAN FELSOROLT KRÓNIKUS BETEGSÉG VALAMELYIKE. A KIMUTATÁS MIND A POPULÁCIÓS MIND A

Anyai betegség	IHS-esetek anyja (n=3038)		Populációs kontrollok anyja (n=24 814) Összehasonlítás					Malformációs kontrollok anyja (n=11 096) Összehasonlítás				
	n	%	n	%	OR	95%	CI*	n	%	OR	95%	CI*
Diabetes mellitus	16	0,5	139	0,6	0,94	0,56	1,58	74	0,7	0,79	0,46	1,36
Pajzsmirigybetege	10	0,3	101	0,4	0,81	0,42	1,55	42	0,4	0,87	0,44	1,73
Epilepszia	13	0,4	54	0,2	1,97	1,07	3,61	43	0,4	1,10	0,59	2,06
Pánikbetegség	16	0,5	130	0,5	1,03	0,77	1,66	121	1,1	0,84	0,56	1,28
Migrén	148	4,9	1,331	5,4	0,90	0,76	1,08	501	4,5	1,08	0,90	1,31
Paroxizmális tachycardia	10	0,3	105	0,4	0,78	0,41	1,49	50	0,5	0,73	0,37	1,44
Krónikus hipertenzió	134	4,4	1,068	4,3	1,03	0,85	1,23	504	4,5	0,97	0,80	1,18
Esszenciális hipotenzió	60	2	596	2,4	0,87	0,46	1,33	268	2,4	0,81	0,61	1,08
Alsó végtagi visszeresség	36	1,2	346	1,4	0,85	0,60	1,20	155	1,4	0,85	0,59	1,22
Phlebitis/thrombophlebitis	43	1,4	347	1,4	0,97	0,42	1,78	162	1,5	0,97	0,69	1,36
Aranyér	111	3,7	1,031	4,2	0,87	0,72	1,07	401	3,6	1,01	0,82	1,25
Allergiás rhinitis	21	0,7	219	0,9	0,78	0,50	1,23	65	0,6	1,18	0,72	1,94
Asthma bronchiale	11	0,4	113	0,5	0,79	0,43	1,48	41	0,4	0,98	0,50	1,91
Dyspepsia	6	0,2	77	0,3	0,64	0,28	1,46	47	0,4	0,47	0,20	1,09
Colitis ulcerosa/Crohn-betegség	7	0,2	56	0,2	1,02	0,46	2,24	32	0,3	0,80	0,35	1,81
Székrekedés (súlyos/kezelt)	61	2,0	538	2,2	0,92	0,71	1,21	221	0,8	0,97	0,68	1,31
Epehólyag-gyulladás és/vagy epehólyag-kövesség	17	0,6	160	0,6	0,87	0,53	1,43	67	1,6	0,94	0,48	1,56
Vesekövesség	12	0,4	89	0,4	1,10	0,60	2,02	28	0,3	1,57	0,80	3,09
Petefészekciszta	18	0,6	106	0,4	1,39	0,84	2,29	45	0,4	1,46	0,85	2,53
Cervikális erózió/ectopia	9	0,3	18	0,1	4,09	1,84	9,12	17	0,2	1,94	0,86	4,35
Leiomyoma	9	0,3	44	0,2	1,67	0,82	3,43	23	0,2	1,53	0,77	2,93
Psoriasis	5	0,2	26	0,1	1,57	0,60	4,10	9	0,1	2,03	0,68	6,06
Súlyos gyógyszerallergiás reakció	8	0,3	114	0,5	0,57	0,28	1,17	41	0,4	0,71	0,33	1,52
Kardiovaszkuláris veleszületett anomáliák	5	0,2	21	0,1	1,95	0,73	5,17	13	0,1	1,41	0,50	3,95
Uterus uni- vagy bicornis	6	0,2	45	0,2	1,09	0,46	2,56	25	0,2	0,88	0,36	2,14
Veleszületett medence-diszlokáció	5	0,2	23	0,1	1,78	0,68	4,68	8	0,1	2,28	0,75	6,99

előzése volt. Ugyanakkor, ha csak a terhesgondozási naplóban orvosilag rögzített allylestrenol kezeléseket értékeltük ki, az összefüggés megszűnt. Egy másik progesztin származékot, hidroxiprogeszteront 39 beteg (1,3%) édesanyja szedte. Ezt a számot hasonlítottuk össze arányosan 270 (1,1%) populáció-, illetve a 152 malformáció kontrollcsoportba tartozó anyáival – nem volt szignifikáns különbség még akkor sem, ha ezt a kezelést csak az IHS kritikus szakaszában értékeltük ki.

A nystatin (Nystatin®, Chinoi) tabletta formában volt elérhető 500 000 IU hatóanyag-tartalommal tablettánként. Az orális nystatin kezelés szokásos napi adagja 1,5–3,0 millió IU volt 3–6 napon keresztül. Ha csak az IHS kritikus szakaszában végzett, orvosilag feljegyzett nystatin kezeléseket értékeltük ki, a kezeléssel való összefüggés megerősítést nyert (az OR 95%-kal CI: 4,0, 1,1–14,2).

A phenobarbital kezelés (Sevenal®, Alkaloida, 100 mg) a terhesség alatt, így az IHS kritikus szakaszában is, szintén gyakoribb volt a betegcsoportban, mint a populáció- és a malformáció kontrollcsoportban. Az összefüggést az orvosilag feljegyzett phenobarbital kezeléseket is megerősítették.

A korábbiakban említett valproátot csak a 6 epilepsziás beteg anyáinál alkalmazták.

Vizsgálatunk következő fázisában a nemi hormonok szedését és a 3 hozzájuk kapcsolódó gyógyszert (a clomifent, a bromocriptint és az oxytocint) értékeltük (4. táblázat). Ezeket a gyógyszereket az oxytocin kivételével a terhesség első vagy második hónapjában alkalmazták. Ilyen kezelésben a terhes beteg anyák közül csak kevesen részesültek.

A lynestrenol (Orgametril®) szedése szoros összefüggést mutatott az IHS kockázatával. A beteg anyáknál gyakrabban al-

3. TÁBLÁZAT: A TERHESSÉG ALATT BÁRMIKOR VAGY AZ IHS KRITIKUS IDŐSZAKÁBAN (II-IV. GESZTÁCIÓS HÓNAPBAN) SZEDETT GYÓGYSZEREK KÖZÜL CSAK 3 MUTATOTT ASSZOCIÁCIÓT AZ IHS MAGASABB KOCKÁZATÁVAL ÖSSZEHASONLÍTVA A POPULÁCIÓS ÉS MALFORMÁCIÓS KONTROLLKOK ÉDESANYJAIVAL

Gyógyszer	IHS-esetek any- ja (n=3038)		Populációs kontrollk anyja Összehasonlítás					Malformációs kontrollk anyja Összehasonlítás				
	n	%	n	%	OR	95%	CL*	n	%	OR	95%	CL*
Allilösztrenol	462	15,2	3,450	13,9	1,11	0,91	1,23	1,642	14,8	1,03	0,92	1,16
II-IV. hónap	364	12,0	1,904	7,7	1,55	1,10	1,91	895	8,1	1,46	1,09	1,39
Nystatin	22	0,7	93	0,4	1,94	1,22	3,09	50	0,5	1,61	0,97	2,67
II-IV. hónap	12	0,4	31	0,1	3,17	1,63	6,18	12	0,1	3,66	1,64	8,16
Phenobarbital	31	1,0	140	0,6	1,82	1,23	2,69	61	0,5	1,86	1,21	2,88
II-IV. hónap	18	0,6	72	0,3	2,05	1,22	3,44	28	0,3	2,36	1,30	4,27

kalmazták, mint a populáció- és malformációs kontrollba tartozó anyáknál. A lynestrenol progesztin származék, amelynek erős progesztációs hatása van az endometriumra. A napi dózis általában egy tabletta volt (5 mg), a gyógyszer szedését a nem tervezett terhesség felismerését követően a második hónapban leállították. A terhesség alatt 13 nő közül 12-nél jegyezték fel az Orgametril® használatát, így ezt az összefüggést az orvosilag feljegyzett adatok is alátámasztották.

Az etinilösztadiol szájon át szedhető tablettát (Mikrofolin®, Richter, 0,05 mg hatóanyag-tartalom), annak etiszteronnal való kombinációját (Limovan®, Richter: etinilösztadiol 0,01 mg + etiszteron 10 mg) és a Limovanil®-olaj injekciót (Richter: 2,5 mg ösztadiol + 12,5 mg progeszteron) szintén gyakrabban használták a beteg anyáknál, mint a populáció- és malformáció kontrollcsoportoknál. A Limovanil® magas hatóanyag-tartalmú, gyakran alkalmazzák abortuszindukcióra. Ha összevetettük a fenti 3 gyógyszerrel kezelt terhes anyák számát: 19 beteg anyja (0,63%), 43 populáció kontrollanyja (0,17%) és 22 malformáció kontrollanyja (0,20%), az eltérések szignifikánsak voltak. Az ilyen, a kezeléseken átesett 19 beteganyából 17 esetben jegyezték fel a kezelést a terhesgondozási naplóban. A fogamzásgátló tabletták közül csak az etinilösztadiol (20/40/30 mikrogramm) + a levonorgesztrél (50/70/125 mikrogramm) (Tri-Regol®, Richter) mutatott összefüggést az IHS nagyobb kockázatával, de ez csak 4 eseten alapult, és csupán kettőt jegyeztek fel orvosilag. 2 másik tabletta (Ovidon® és Rigevidon®) ugyanezen komponensekkel nem növelte az IHS kockázatát.

Az összes említett hormonkezelés száma szintén jelentősen magasabb volt a beteg anyáknál, mint a populáció- és malformáció kontrollanyáknál.

Megbeszélés

Tanulmányunk felfedte az IHS eredetében szerepet játszó néhány lehetséges ismert és ismeretlen anyai rizikófaktor.

A krónikus anyai betegségek közül az epilepszia gyakrabban fordult elő a beteg anyáknál, mint a populáció kontroll anyáknál, de hasonló arányt mutatott a malformáció kontrollcsoportban. Az epilepszia önmagában nem mutatott szoros összefüggést az izolált hypospadiasisal, de tanulmányunk megerősítette, hogy az anyák valproáttal történő antiepilep-

tikus kezelése megnövelte az IHS kockázatát (10, 11). (A valproát IHS-t indukáló hatása kapcsolatban állhat annak gonadotropin-felszabadító hormon-agonizmusával. Az epilepszia elleni szerek általában jellegzetes CA-szindrómákat váltanak ki, mint például a magzati hydantoin- vagy valproát szindróma/effektus (12), de a valproát indukálhat olyan izolált CA-kat is – mint például az IHS.

Egy korábbi magyar tanulmány kimutatta, hogy a méhnyaki erózió nagyobb IHS-kockázattal jár (13), amelyet tanulmányunk is megerősít. A méhnyaki erózió és a következményes IHS nem magyarázható az erózió gyógyszeres kezelésével, sem egyéb tényezők fennállásával, viszont a méhnyaki erózióban érintett terhes nők ösztrogénszintje magasabb volt, ami hozzájárulhat az IHS kialakulásához (14).

Tanulmányunk megerősítette a már korábban is felfedezett kapcsolatot az orális nystatin alkalmazása és a nagyobb IHS-kockázat között (15). A nystatin egy baktériumok (*Streptomyces* faj) által szintetizált polién, amely védelmet nyújt a gombákkal szemben. A nystatin interakcióba lép a sejtfal elemeivel (ergoszterol molekulák), ami a permeabilitás csökkenéséhez vezet. A phenobarbitalt humán teratogén gyógyszerként tartják számon. Egy korábbi tanulmányunk az IHS kritikus szakaszában történt, orvosilag feljegyzett phenobarbital kezelés alapján felvetette annak kapcsolatát az IHS nagyobb kockázatával, azonban, ha figyelembe vesszük a többszörös vizsgálati torzítást, ez az összefüggés megszűnik (16). A katasztrófa-epidemiológiai modell hasznos lehet a dilemma feloldása szempontjából (17). A tanulmányban szereplő 88 túlélő terhes nő közül, aki öngyilkossági kísérletre használta a phenobarbitalt, 12 (13,6%) szült CA-s gyereket, amíg a 78 rokon kontrolljuk közül 8 (10,3%) volt érintett CA-ban (OR 95%-kal CI: 1,4, 0,3–3,5). A phenobarbital adagok 400 és 3000 mg között változtak. A 88 veszélyeztetett gyerek édesanyái közül 34 a fogantatás utáni 3. és 12. hét között kísérelt meg öngyilkosságot, közülük 3 volt érintett egyéb CA-ban (diaphragma CA, cryptorchismus, multiplex CA hypospadiasis nélkül). Az adatok alapján a phenobarbital és az IHS nagyobb kockázata közötti összefüggés továbbra is kérdéses.

Tanulmányunk további adatokat szolgáltatott a progesztinek vitatott teratogén hatását illetően (18). Az 1970-es években a hypospadiasis nagyobb kockázatát állapították meg progesztinnel kezelt terhes nők fiainál (19). Korábban terhes magyar

4. TÁBLÁZAT: A NŐI NEMI HORMONOK ÉS EZEKKEL KAPCSOLATOS GYÓGYSZEREK HASZNÁLATA AZ IHS-ESETEK, POPULÁCIÓS ÉS MALFORMÁCIÓS KONTROLLK ÉDESANYJÁBAN

CI *ANYAI ÉLETKORRA, SZÜLÉSI SORRENDRE ÉS FOGLALKOZÁSRA STANDARDIZÁLVA. A SZIGNIFIKÁNS ASSZOCIÁCIÓKAT SÖTÉTEBB SZÍNNEL JELEZTÜK.

Hormongyógyszerek	IHS-esetek anyja (n=3038)		Populációs kontrollk anyja (n=24 814) Összehasonlítás					Malformációs kontrollk anyja (n=11 096) Összehasonlítás				
	n	%	n	%	OR	95%	CI*	n	%	OR	95%	CI*
Ösztradiol (Akrofollin®)	1	0,03	4	0,01	2,04	0,23	18,28	2	0,02	1,83	0,17	20,15
Etinilösztadiol (Mikrofolin®)	5	0,16	11	0,04	3,72	1,29	10,71	6	0,05	3,05	1,03	9,99
Etinilösztadiol+etiszteon (Limovan®)	9	0,29	21	0,08	3,51	1,61	7,67	10	0,09	3,29	1,34	8,11
Ösztadiol+progeszteon (Limovanil®)	5	0,16	11	0,04	3,72	1,29	10,71	6	0,05	3,05	1,03	9,99
Ösztroon (Hogival®)	2	0,06	15	0,06	1,09	0,25	4,76	2	0,01	3,65	0,51	25,95
Dietilstilbesztrol (Syntestrin®)	1	0,03	7	0,02	1,17	0,14	9,49	4	0,03	0,91	0,10	8,17
Linesztrenol (Orgametril®)	13	0,42	4	0,01	26,66	8,69	81,80	1	0,18	47,68	6,23	364,64
Noretiszteon (Norcolut®)	4	0,13	35	0,14	0,93	0,33	2,63	4	0,12	3,66	0,91	14,63
Progeszteon (Glanducorpin®)	3	0,09	13	0,05	1,89	0,54	6,62	7	0,06	1,57	0,40	6,06
Dihidrogesteron (Duphaston®)	3	0,09	22	0,08	1,11	0,33	3,72	14	0,12	0,78	0,22	2,72
Chorion gonadotropin (Chorion®)	12	0,39	73	0,29	1,34	0,73	2,48	42	0,37	1,04	0,55	1,98
Clomifen (Clostilbegyt®)	10	0,32	69	0,27	1,18	0,61	2,30	29	0,26	1,26	0,61	2,59
Bromocriptin (Bromocritin®)	2	0,06	6	0,02	2,72	0,55	13,50	0	0,00	N/A		
Oxytocin (Oxytocin®)	1	0,03	36	0,14	0,23	0,03	1,65	12	0,10	0,30	0,04	2,34
Etinilösztadiol+etinodiol (Bisecurin®)	2	0,09	11	0,04	1,49	0,33	6,70	9	0,08	0,81	0,18	3,76
Etinilösztadiol+levonorgestrel (Rigevidon®)	1	0,03	6	0,02	1,36	0,16	11,31	11	0,09	0,33	0,04	2,57
Etinilösztadiol+levonorgestrel (Ovidon®)	3	0,09	15	0,06	1,63	0,47	5,65	18	0,16	0,61	0,18	2,07
Etinilösztadiol+levonorgestrel (Tri-Regol®)	4	0,13	3	0,01	10,90	2,44	48,74	0	0,00	N/A		
Etinilösztadiol-diacetát (Continuin®)	3	0,09	26	0,10	0,94	0,29	3,12	9	0,08	1,22	0,33	4,50
Fogamzásgátlók együtt	13	0,42	61	0,24	1,74	0,96	3,18	47	0,42	1,01	0,55	1,87
Összesen	68	2,23	388	1,56	1,44	1,11	1,87	143	1,28	1,75	1,31	2,35

nőket is gyakran kezeltek allylestrenollal (kb. 30%). Első vizsgálatunk kimutatta az IHS nagyobb kockázatát a terhesség korai szakaszában történt gyógyszerhasználatot követően (20). Egy második tanulmányban az a feltevés, hogy IHS előfordulása összefügg a beteg anyák meddőségével és a vetélés veszélyével, tévesnek bizonyult és a korábban megfigyelt összefüggés nem igazolódott (21). Ha tanulmányunkban csak az orvosilag rögzített allylestrol kezeléseket vettük figyelembe, (így kizártuk a visszaemlékezési torzításokat) az IHS előfordulása nem volt magasabb, mint a kontrollcsoportokban.

Egy korábbi tanulmányban (22) a hidroxiprogeszteon alkalmazása a CA-betegek terhes édesanyjainál és a velük összevetett kontrolloknál nem mutatott szignifikáns kapcsolatot az IHS rizikójával (OR 95%-kal CI: 1,2, 0,6–2,3). Az eredményt jelen tanulmányunkban megerősítettük.

Megerősítést nyert az a hipotézisünk, amely szerint a lynestrenol szerepet játszhat az IHS kialakulásában. Az orális etinilösztadiol, az orális Limovan® és a parenterális Limovanil®-olaj injekció használata ugyancsak társult az IHS nagyobb kockázatával. A feltételezést, hogy a fiú-magzatok fokozott ösztrogénitettsége a terhesség alatt összefüggésben állhat a férfi nemi szervek CA-inak nagyobb kockázatával (23), kísérleti vizsgálatok is alátámasztották (állatkísérletek során, patkányoknál és egereknél a szintetikus ösztrogén szuprafiziológiai

dózisai terheesség idején hypospadiasist indukáltak az állatok fiú-magzatainak 50%-ánál) (24). Vizsgálatunk hangsúlyozza a dóziseffektus-jelenség (2) fontosságát, mert az etinilösztadiol nagy dózisai kapcsolatot mutattak az IHS nagyobb kockázatával, amíg az alacsony dózisú ösztrogénszármazékokat tartalmazó fogamzásgátló tabletták nem mutattak ilyen összefüggést. Másfelől hangsúlyozni kell, hogy az elérhető humán vizsgálatok eredményei nem szolgáltatnak cáfolhatatlan bizonyítékot arra, hogy a rendellenes endokrin diszruptorok rizikófaktort jelentenek az IHS-re nézve (25, 1).

Tanulmányunk jelentőségét a VREKM nagy populáción alapuló, etnikailag homogén, magyar (kaukázusi) népesség köréből nyert reprezentatív minta adja. Az IHS-diagnózisok validitása megfelelő volt, azokat az esetek egyharmad részében fizikális vizsgálatok és a VREKM legújabb – 3,5±2,1 hónappal későbbi dokumentumai is alátámasztották. Tanulmányunk figyelembe veszi valamennyi krónikus anyai betegséget és azok gyógyszeres kezelését. A veszélyeztetettség adatok nagyszámú, hiteles forráson alapulnak, köztük a terhesgondozási naplókon, amelyek prospektív, orvosilag feljegyzett adatokat szolgáltatnak. Tanulmányunk gyenge oldalát az akut anyai betegségek és azok gyógyszeres kezelése jelenti, mert részben retrospektív anyai információkra épültek, amelyeket visszaemlékezési torzítások jellemezhetnek (8), de az édesanyáktól kapott infor-

mációkat tényként kezelhettük, amennyiben azokat prospektív, orvosilag rögzített adatok is megerősítették az IHS kritikus szakaszában, valamint helytállónak bizonyultak a malformációs kontrollokkal összevetve. Tanulmányunk másik gyenge pontja az, hogy 1980 és 1996 között született betegeket értékeltünk ki, így az orvostudomány legújabb fejleményeit (pl. az in vitro fertilizációt) nem tudtuk elemezni.

Következtetések

Következtetésként megállapíthatjuk, hogy eredményeink felvetik, proponálják az anyai méhnyaki erózió, a valproáttal, nystatinnal, lynestrenollal és etinilösztadiollal történő orális kezelés és az IHS fokozott kockázata közötti összefüggést.

Irodalom

1. van der Zanden LFM, van Rooij IALM, Feitz WFJ, et al. Aetiology of hypospadias: a systematic review of genes and environment. *Human Reprod Update* 2012; 18: 260–83.
2. Czeizel AE. The estimation of human teratogenic/fetotoxic risk of exposures to drugs on the basis of Hungarian experiences: a critical evaluation of clinical and epidemiological models of human teratology. *Expert Opinion on Drug Safety* 2009; 8: 283–303.
3. Czeizel AE. Increasing trends in congenital malformations of male external organs. *Lancet* 1985; 1: 1462–3.
4. Czeizel AE, Tóth J, Czvenits E. Increased birth prevalence of isolated hypospadias in Hungary. *Acta Paediat Hung* 1986; 27: 329–37.
5. Czeizel AE, Rockenbauer M, Siffel Cs, Varga E. Description and mission evaluation of the Hungarian Case Control Surveillance of Congenital Abnormalities, 1980–1996. *Teratology* 2001; 63: 176–85.
6. Czeizel AE. The first 25 years of the Hungarian Congenital Abnormality Registry. *Teratology* 1997; 55: 299–305.
7. Czeizel AE. Specified critical period of different congenital abnormalities: a new approach for human teratological studies. *Congenit Anom* 2008; 48: 103–9.
8. Rockenbauer M, Olsen J, Czeizel AE, et al. Recall bias in a case-control study on the use of medicine during pregnancy. *Epidemiology* 2001; 12: 401–6.
9. Fisch H, Golden RJ, Libersen GL, et al. Maternal age as a risk factor for hypospadias. *J Urol* 2001; 165: 934–8.
10. Rodriguez-Pinilla E, Mejias C, Prieto-Merino D, et al. Risk of hypospadias in new born infants exposed to valproic acid during the first trimester of pregnancy: a case-control study in Spain. *Drug Saf* 2008; 31: 537–43.
11. Jentnik J, Loane MA, Dolk H, et al. Valproic acid monotherapy in pregnancy and major congenital malformations. *N Engl J Med* 2010; 362: 2185–93.
12. Czeizel AE, Bánhid F. Critical evaluation of antiepileptic drugs in epileptic pregnant women – Hungarian experience. *The Open Drug Safety J* 2010; 2: 9–20.
13. Bánhid F, Ács N, Puho HE, Czeizel AE. A possible association between cervical erosion in pregnant women and congenital abnormalities in their offspring – a population-based case-control study. *Health* 2010; 8: 945–50.
14. Sharpe RM, Skakkeback NE. Are oestrogens involved in falling sperm counts and disorders of the male reproductive tract? *Lancet* 1993; 341: 1392–1395.
15. Czeizel AE, Kazy Z, Puho E. A population-based case-control teratological study of oral nystatin treatment during pregnancy. *Scan J Infect Dis* 2003; 35: 830–5.
16. Czeizel AE, Dudás I, Bánhid F. Interpretation of controversial teratogenic findings of drugs such as phenobarbital. *ISRN Obstet Gynecol Article* 2011; ID 975234, 8 pages.
17. Timmerman G, Ács N, Bánhid F, Czeizel AE. Congenital abnormalities of 88 children born to mothers who attempted suicide with phenobarbital during pregnancy: the use of disaster epidemiological model for the evaluation of drug teratogenicity. *Pharmacopid Drug Safety* 2009; 18: 815–25.
18. Scially AR. Developmental effects of progesterone and its derivatives. *Reprod Toxicol* 1988; 2: 3–11.
19. Aarskog D. Maternal progestins as a possible cause of hypospadias. *N Eng J Med* 1979; 300: 75–8.
20. Czeizel AE, Tóth J, Erődi É. Aetiological studies of hypospadias in Hungary. *Hum Hered* 1979; 29: 166–71.
21. Czeizel AE, Huiskes N. A case-control study to evaluate the risk of congenital anomalies as a result of allylestrenol therapy during pregnancy. *Clin Therapeut* 1988; 10: 725–39.
22. Dudás I, Gidai J, Czeizel AE. Population-based case-controls teratogenic study of hydroxyprogesterone treatment during pregnancy. *Congenit Anom* 2006; 46: 194–8.
23. Sharpe RM. The “oestrogen hypothesis” – where do we stand now? *Int J Androl* 2003; 26: 2–15.
24. Kim KS, Torres R Jr, Yucel S, et al. Induction of hypospadias in a murine model by maternal exposure to synthetic estrogens. *Environ Res* 2004; 94: 267–75.
25. Martin OV, Shialis T, Lester JN, et al. Testicular dysgenesis syndrome and the estrogen hypothesis: a quantitative meta-analysis. *Environ Health Perspect* 2008; 116: 149–57.

KITÜNTETÉS

A müncheni kongresszuson az ESOU elnöke *Maurizio Brausi*, és *Axel Heidenreich* a kongresszus házigazdája életműdíjjal tüntette ki *Romics Imre professzort*, a Semmelweis Egyetem Urológiai Klinika és Uroonkológiai Centrumának korábbi tanszékvezető egyetemi tanárát, a magyar valamint az európai uroonkológia területén végzett több évtizedes kiemelkedő munkásságáért.

A kitüntetéshez ezúton is gratulálunk.



Zinnat®
cefuroxime axetil

Kiállja az idő próbáját

cefuroxim axetil:
128 ország, 200 millió páciens*



Zinnat 125 mg filmtabletta, Zinnat 250 mg filmtabletta, Zinnat 500 mg filmtabletta, Zinnat 125 mg/5 ml szuszpenzió

Hatanyag: Zinnat 125 mg filmtabletta 125 mg cefuroxim (150,36 mg cefuroxim axetil formájában) filmtabletta, Zinnat 250 mg filmtabletta 250 mg cefuroxim (300,72 mg cefuroxim axetil formájában) filmtabletta, Zinnat 500 mg filmtabletta 500 mg cefuroxim (601,44 mg cefuroxim axetil formájában) filmtabletta, Zinnat 125 mg/5 ml szuszpenzió 125 mg cefuroxim (150 mg cefuroxim axetil formájában) 5 ml elváltatott szuszpenzióban. **Javallatok:** akut streptococcus tonsillitis és pharyngitis, akut bakteriális sinusitis, akut otitis media, krónikus bronchitis akut exacerbációja, cystitis, pyelonephritis, szövődménymentes bőr- és lágyrészt fertőzések, Lyme-kór korai szakasza. **Adagolás:** A kezelés szokásos időtartama hét nap (öt-öt napos időtartam). Fertőzések otitis media és krónikus bronchitis akut exacerbációja esetén naponta 2 x 500mg legfeljebb fertőzésben a szokásos adag napi 2-szer 250 mg. Ha pneumonia gyanúja áll fenn, napi 2x500 mg, akut streptococcus tonsillitis és pharyngitis, akut bakteriális sinusitis, cystitis, pyelonephritis, szövődménymentes bőr- és lágyrészt fertőzések esetén naponta 2x250 mg adandó. Lyme-kórban fertőzés és 40kg-nál nehezebb gyermekek adaga naponta 2-szer 500 mg 14 napon keresztül, gyermekeknek (<40kg) akut streptococcus tonsillitis, pharyngitis és akut bakteriális sinusitis esetén 10 mg/kg naponta kétszer, legfeljebb 7,25 mg naponta kétszer. Akut otitis media, krónikus bronchitis akut exacerbációja, cystitis, pyelonephritis, szövődménymentes bőr- és lágyrészt fertőzések esetén 15 mg/kg naponta kétszer, legfeljebb 250 mg naponta kétszer. Lyme-kórban 15 mg/kg naponta kétszer, legfeljebb 250 mg naponta kétszer 14 napig. **Bírálati állítások:** Cefuroximaxetil és a készítmény hatásosságát szisztematikus metaanalízis (pl. analízis) során a köztársaságban bármely típusú beta-laktám antibiotikummal (penicillinnel, monobaktámmal) és karbampenicillinnel szemben. **Figyelmeztetések:** Óvatosan adni együtt a gyomorfűzővel (pH-ját megváltoztató gyógyszerekkel), mivel csökkentheti a cefuroxim axetil biohasznosulását. Különböző elővigyázatossággal adandó olyan betegeknek, akik korábban penicillin vagy egyéb beta-laktám adásakor allergiás reakció fordult elő. A cefuroxim-axetil alkalmazása Candida elszaporodást okozhatja. Csökkent veseelégtelenség, dialízis vagy idős betegek kezelése nem igényel különleges elővigyázatosságot, ha a napi adag a szokásos 1 g-os maximumot nem haladja meg. Széles spektrumú antibiotikumok alkalmazása során beszámoltak pseudomembrános colitisról, ezért a kezelés alatt vagy után jelentősen súlyos hasmenés esetén gondoskodni kell róla a diagnózis. Csak betegeknek károsíthatja a szervezetet, tartalmazó gyógyszerkezelés alatt van. A Zinnat szuszpenzió tartalmát tartalmi mennyiségű betegnél csak óvatosan adni. Betegségeket a betöltés, aminek következtében csökkenthet az ösztrogén hatásosságát, és csökkentheti a kombinált orális fogamozás hatékonyabbá. A terhesség első háromhavi károsító hatását, az előnyökkel az alapos mérlegeléssel adandó. A cefuroxim kiválasztódik az anyatejbe, ezért szoptató anyák kezelése egyeztetéssel megfontolandó. **Nemkívánatos hatások, mellékhatások:** • gyakori: A Candida elszaporodása eszofagitis, fekély, székrekedés, hasmenés, hányinger, hasi fájdalom, a májenzimek emelkedése • nem gyakori: pozitív Coombs teszt, thrombocytopenia, leukopenia (esetleg súlyos), hányás, bőrkárosítás • nem ismert: a Clostridium difficile elszaporodása, haematikus anémia, gyógyszer okozta lúz, szembetegség, anaphylaxis, Jarisch-Herxheimer reakció, csípő pseudomembrános, súlyos (fokozott cholestasis), hepatitis, urticaria, pruritus, erythema multiforme, Stevens-Johnson szindróma, toxikus epidermális necrolysis (exanthematikus necrolysis), angioedematikus oedema. **Az alkalmazási előírás ellenőrzésének dátuma:** 2013. augusztus 29. **Kiadhatóság:** II/1. csoport, Orvosi rendelvényre kiadható gyógyszerkészítmények (V). Alkalmazás előtt kérjük, olvassa el a teljes alkalmazási előírást!

Amerikában termékek alkalmazása során „hemokiválasztás”-ról beszél, kérjük, 24 órán belül jelezte a hungary.ph_safety@gsk.com e-mail címen vagy a (06-1) 225-5300 telefonosáron!

Hivatkozások:

*Azóta, hogy az 1980-as évek közepén bemutatkozott, 128 országban több, mint 200 millió páciens számára írták fel a cefuroxim axetil, és kategóriájában az egyik vezető hatóanyagát vált. Cecilia C. Maramba-Lazarte and Cynthia I. Valencia. Relative Bioavailability of a Generic Cefuroxime 500mg Capsule Versus the Innovator Brand 500 mg Tablet. Philippine Journal of Internal Medicine. 2010;48(2):44-47

Amerikában termékek alkalmazása során „hemokiválasztás”-ról beszél, kérjük, 24 órán belül jelezte a hungary.ph_safety@gsk.com e-mail címen vagy a (06-1) 225-5300 telefonosáron!

Az anyag leírásának dátuma: 2015. január 14.

Az anyag felülvizsgálatának dátuma: 2014. január 14.

Árak és támogatások:

Megnevezés	Kiszárlás	Bruttó fogyasztói ár	Normatív támogatás (25%)	
			Támogatás összege	Beteg térítési díj
ZINNAT 125 MG FILMTABLETTA	10x buborékcsomagolásban	846 Ft	212 Ft	636 Ft
ZINNAT 125 MG/5 ML SZUSZPENZIÓ	1x50 ml-hoz	1405 Ft	351 Ft	1054 Ft
ZINNAT 250 MG FILMTABLETTA	10x buborékcsomagolásban	1143 Ft	170 Ft	973 Ft
ZINNAT 500 MG FILMTABLETTA	10x buborékcsomagolásban	2307 Ft	357 Ft	1950 Ft

www.gsk.hu

2014. szeptember 1-től érvényes árak

Részletes információkért kérjük, forduljon képviselőnkhez:

GlaxoSmithKline Kft.
1124 Budapest, Csörög utca 43.
Telefon: 225-5300, Fax: 225-5302 www.gsk.hu



Beszámoló az urológiai fekvőbeteg-ellátásról a 2013-as adatok alapján

Böszörményi-Nagy Géza dr.

Bajcsy-Zsilinszky Kórház, Urológiai Osztály, Budapest (főorvos: Böszörményi-Nagy Géza dr.)



Pintér József és Mohácsi László professzorok, az Országos Urológiai Intézet az 1990-es években kidolgozták és elkezdték összegyűjteni a magyar urológiai osztályok adatait, műtéti statisztikáját. Ez egy óriási munka volt, de igazán nagy értéket az jelentett, hogy az adatokat nyilvánosságra is hozták. Így a magyar urológia egy más

szakmák által is méltán elismert és irigylt adatbázissal rendelkezett, az éves műtéti statisztikai adatokkal, amelyek a Magyar Urológiában évente megjelentetésre kerültek.

Tevékenységük úgy látszik, igényt teremtett, annak az igényét, hogy megismerjük és értékeljük saját tevékenységünket, hogy a tükörbe nézzünk.

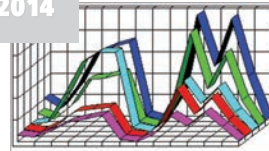
1. TÁBLÁZAT: MŰTÉTEK ÉS ESWL 2012–13-BAN

	2012	2013
Műtétek	44 275	48 580
ESWL	11 455	12 641
Mindösszesen	55 730	61 221

2. TÁBLÁZAT: FONTOSABB, NÖVEKVŐ SZÁMBAN VÉGZETT MŰTÉTEK 2013-BAN

	2012	2013	↑
Phimosz miatt végzett műtétek	2818	3244	426
Prostata transurethralis lézerterápia	248	560	312
Prostata TUR teljes	2718	2817	99
TUR ves. urin. therapeutic.	4692	5046	354
Dupla-J katéter alkalmazása	2786	3336	550
Nephrostomia percutanea	1994	2265	271
Vesereszekció	284	333	49
Laparoszkópos vesereszekció	114	186	72
Biopsia prostatae	5221	6244	1023
Prostatectomia radicalis retropubicus	326	422	96
Laparoszkópos prostatectomia radicalis	361	474	113

2014



12 év szünet után múlt évben a Kollégium, a Társaság és a Magyar Urológia folyóirat összefogott, hogy a 2012-es fontosabb adatokat és a műtéti statisztikát bekérjük. Örömmel számolhattam be a múlt évi számban a 2012-es adatok összesítéséről. Tovább folytattuk a munkát és egy elektronikus, korszerű adatgyűjtést kidolgozva kértük be a 2013-as adatokat. Hála az osztályok megértő együttműködésének, valamennyi fekvőbeteg-intézmény beküldte az adatokat. Azok egységsítése, korrekció utáni összesítése megtörtént, a régi adatok mellett most már arra is van lehetőségünk, hogy a két év statisztikáját összevessük.

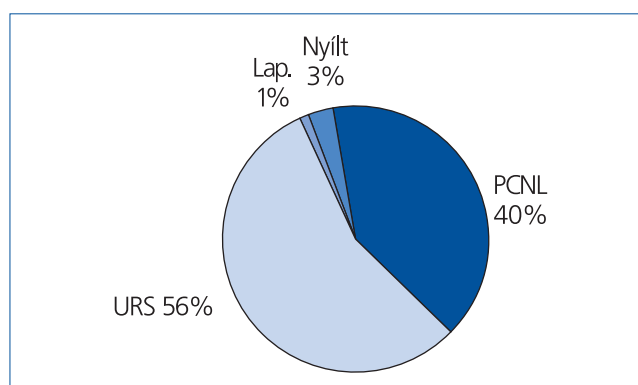
Először kaptunk adatot a miskolci Lithoterápiás Intézettől, a végzett ESWL-ek számát a miskolci Semmelweis Kórház Urológiájának adataihoz írtuk.

A 40 urológiai fekvőbeteg-ellátó osztály adathalmazának végső kiértékelése után arról számolhatunk be, hogy a 2012-es és 2013-as adatok, bár több szempontból hasonlóak, számos pozitív változás is észlelhető. Az összműtéti szám 2013-ban növekedett (1. táblázat).

A növekvő szám mögött a fontosabb tételeket táblázatban foglaltam össze (2. táblázat). Lényegében változatlan maradt a felső húgyúti beavatkozások száma, aránya, egyedül az ureteroszkópiák száma, aránya növekedett (1. ábra). Nincs változás a végzett ESWL-ek számában, arányában sem, összműtéteink 20%-a változatlanul ESWL. Növekedett viszont a nephrectomiák és a vesereszekciók száma, valamint a vesemegtartó műtétek nephrectomiához viszonyított aránya is. Folytatódott tehát a tendencia, egyre több vesét tudunk megtartani.

Örömdetesesen nőtt a laparoszkópos műtétek száma is (2. ábra és 3. táblázat). Ezek között kiemelkedő, hogy több mint százal nőtt a laparoszkópos prostatectomiák száma.

1. ÁBRA: FELSŐ HÚGYÚTI KÖVESSÉG MIATTI MŰTÉTEK 2013





⇒ VISSZATÉRŐ CYSTITIS

≥3 AKUT EPIZÓD EGY ÉVEN BELÜL

VÁLTSON MEGELŐZÉSRE!

ALKALMAZZON URO-VAXOM®-OT!

Immunterápia
a visszatérő alsó húgyúti fertőzések
megelőzésére



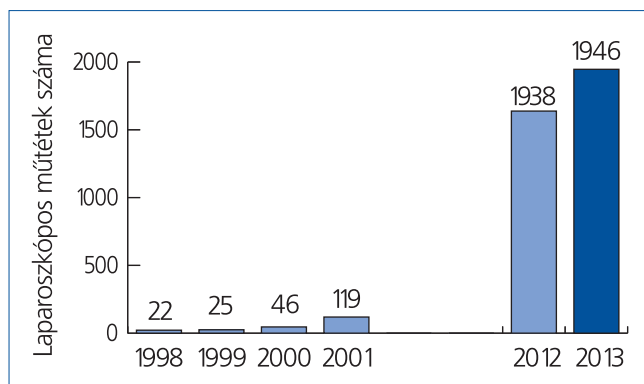
NAPI 1 KAPSZULA
3 HÓNAPON KERESZTÜL¹

1 Alkalmazási Előírás

Uro-Vaxom® kemény kapszula ATC kód: J07A X Hatóanyag: 60 mg OM-89 liofilizátum kemény kapszulánként. Az OM-89 liofilizátum összetétele: liofilizált *Escherichia coli* baktérium lizátum 6 mg, propil gallát; nátrium-glutám (vízmentes nátrium-glutamátra vonatkoztatva); mannit. Javallatok: Immunterápia. Visszatérő alsó húgyúti fertőzések megelőzése. Akut húgyúti fertőzések kiegészítő kezelése. Adagolás: Megelőzésre és az immunrendszer megerősítésére: naponta 1 kemény kapszula éhgyomorra, 3 egymást követő hónapon át. Akut fellángolások kezelésére: naponta 1 kemény kapszula éhgyomorra, legalább 10 egymást követő nap, a tünetek megszűnéséig az antibiotikum terápiával egy időben. Ellenjavallatok: A készítmény hatóanyagával vagy bármely segédanyagával szembeni túlérzékenység. Figyelmeztetések: 4 évesnél fiatalabb gyermekeknél az Uro-vaxom® hatásossága és biztonságos alkalmazása nem bizonyított. Gyógyszerkölcsönhatások: nem ismert. Gyakori mellékhatások: hányinger, hasmenés, gyomorbántalom, emésztési zavar, fejfájás. Osztályozás: II. csoport Kizárólag orvosi rendelvényhez kötött gyógyszer (V). A szöveg ellenőrzésének dátuma: 2010. 04. 21. OGYI-T szám: OGYI-T-9748/01 (30 db) Bővebb információért kérjük, olvassa el a gyógyszer alkalmazási előírását!

Phytotec Hungária, 1026 Budapest, Szilágyi Erzsébet fasor 61.
Dokumentum lezárásának dátuma: 2015. február

PHYTOtec
VALÓDI GYÓGYSZER A TERMÉSZETTŐL



2. ÁBRA: LAPAROSZKÓPOS MŰTÉTEK RÉGEN ÉS 2012–13-BAN

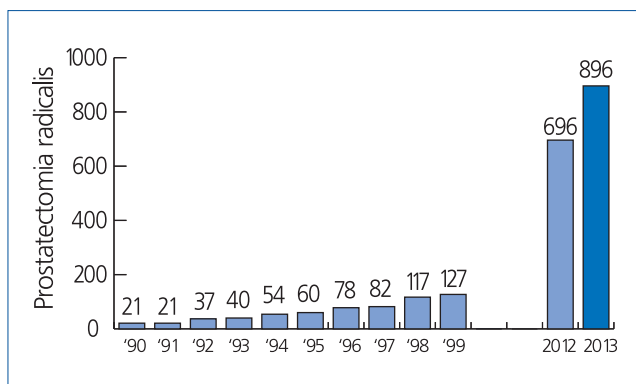
Mivel a nyílt prostatectomiák száma is hasonlóképpen szaporodott meg, 2013-ban 200-zal több radikális prostatectomiát végeztünk (3. ábra).

Hasonló eredményről sajnos a cystectomiák vonatkozásában nem tudunk beszámolni, számuk kissé csökkent. A vizeletvezetések közül szívesebben választottuk a Bricker-műtétet, mint az orthotop hólyagpótlást (4. ábra).

A statisztikai adatok lehetőséget teremtenek arra, hogy értékeljük urológiai osztályainkat a végzett műtéti számok alapján

3. TÁBLÁZAT: NÖVEKVŐ LAPAROSZKÓPOS MŰTÉTI SZÁMOK 2013-BAN

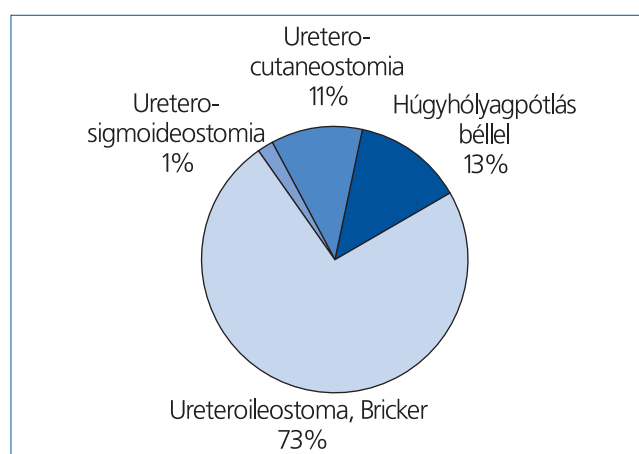
	2012	2013	↑
Összes laparoszkópos műtét	1638	1946	308
Laparoszkópos vesereszekció	114	186	72
Laparoszkópos nephrectomia radikális-transperitoneális	242	315	73
Laparoszkópos pyelon plastica	106	128	22
Laparoszkópos colposuspensio	21	43	22
Laparoszkópos prostatectomia radicalis	361	474	113
Laparoszkópos varicocele műtete	305	318	13
Medencefenéki rekonstrukció laparoszkóposan háló felhasználásával	77	111	34



3. ÁBRA: RADIKÁLIS PROSTATECTOMIÁK SZÁMA RÉGEN ÉS 2012–13-BAN

is. Úgy látszik, hogy a nagyobb, 1500 évi műtéti szám fölött teljesítő osztályok nemcsak több, de fajsúlyosabb műtéteket is végeznek, magasabb case-mix indexszel. Az 1000 alatti évi műtéti szám pedig egy alacsonyabb case-mix index-szel társul. Az adatok értéke óriási. Lehetőséget nyújtanak saját tevékenységünk értékelésére, megerősíthetik, vagy megkérdőjelezhetik mindennapos gyakorlatunkat. Hazai és nemzetközi adatok összevetése tendenciák megítélését segíthetik akár a magunk, akár a finanszírozó számára. Az adatok megfelelő felhasználásával úgynevezett minőségi indikátorok képezhetők, melyekkel az osztályok munkájának további értékelése lehetséges. Én azt is nagy eredménynek tartom, hogy az urológus társadalom összefogásával ismét rendelkezünk saját adatbázissal. Ebben a számban közreadjuk a részletes összesítést, mindenki böngészheti saját és társintézményének adatait, műtéteit.

4. ÁBRA VIZELETDEVIÁCIÓK CYSTECTOMIA UTÁN 2013-BAN



BPH kezelése - 1 lépésben



A Duodart egyedülálló módon egyetlen kapszulában, gyorsan *javítja a tüneteket és tartós hatást biztosít* az AUR és a BPH műtéti beavatkozás kockázatának csökkentésében a tamsulosinnal szemben.^{1,2}

DUODART®
(dutasteride/tamsulosin HCL) kapszula

Fedezze fel a különbséget

HU/DUTT/0003/14

DUODART 0,4 MG/0,5 MG KEMÉNY KAPSZULA RÖVIDÍTETT ALKALMAZÁSI ELŐÍRÁS

Hatóanyag: 0,4 mg tamszulin hidroklorid (mely megfelel 0,367 mg tamszulinnak) és 0,5 mg dutasterid kemény kapszulaként. **Javallat:** Közepesen súlyos és súlyos benignus prosztata hiperplázia (BPH) kezelése. Az akut vizeletretenció és a sebészeti beavatkozás kockázatának csökkentése közepesen súlyos és súlyos BPH-ban szenvedő betegeknél. **Adagolás:** Feleltetik (beleértve az időskorúakat is): A Duodart ajánlott adagja napi egy kapszula szájon át bevétele, kb. 30 perccel ugyanazon étkezés után minden nap. A kapszulát egészben kell lenyelni, nem szabad szétnyírni vagy kinyitni. A kemény héjú kapszulában található dutasterid kapszula tartalmával való érintkezés a száj- vagy toroknyálkahártya irritációját okozhatja. **Ellenjavallatok:** nőknek, gyermekeknek és serdülőkorúaknak, dutasteriddal, egyéb 5-alfa-reduktáz gátlókkal, tamszulinnal (ideértve a tamszulin okozta angioedémát is), szójával, földimogyoróval vagy a készítmény bármely összetevőjével szembeni túlérzékenység esetén, ha az anamnézisében előfordult orthostaticus hypotonia, súlyos májkárosodásban szenvedő betegeknél. **Különleges figyelmeztetések:** A kombinációs terápia a mellékhatás-kockázat (beleértve a szívelégtelenséget) potenciális emelkedése miatt a kockázat-előny körülmények mérlegelése és az alternatív kezelési lehetőségek, köztük a monoterápiák számbavetele után rendelhető. **Szívelégtelenség:** Két 4 éves klinikai vizsgálatban a szívelégtelenség (a leírt események elsősorban szívelégtelenség és pangásos szívelégtelenség, mint összetett fogalom) gyakorisága magasabb volt azon betegeknél, akik a dutasterid és tamszulin alfa blokkoló, elsősorban tamszulin kombinációját szedték, mint azon betegeknél, akik nem szedtek ezt a kombinációt. Ebben a két vizsgálatban a szívelégtelenség incidenciája alacsony (<1%), és a vizsgálatok között eltérő volt. A prosztata-specifikus antigén (PSA-ra) és a prosztatarák észlelésére gyakorolt hatás: A betegeknél a Duodart kezelés megkezdése előtt és a kezelés alatt rendszeres időközönként rektális digitális vizsgálatot és egyéb, a prosztatarák vagy a BPH tünetével megengedő tüneteket produkáló állapotok kimutatására irányuló vizsgálatokat kell végezni. A szérumszintű PSA szintjének meghatározása lényeges a prosztatarák felderítése szempontjából. A Duodart 6 havi kezelés után hozzávetőleg 50% kal csökkent a szérumszintű PSA állagszintjét. A prosztatarák és az előrehaladott stádiumú daganatok: A dutasterid és az előrehaladott stádiumú prosztatarák közötti kapcsolat nem világos. A Duodart-ot szedő férfiaknál a prosztatarák kockázatának rendszeres értékelése szükséges, beleértve a PSA-vizsgálatot. Veseelégtelenség: Súlyos veseelégtelenségben (kreatinin-clearance kevesebb mint 10 ml/perc) szenvedő betegek kezelését körültekintően kell elkezdni, mivel ilyen betegeknél nem történtek vizsgálatok. Hypotonia: A Duodart kezelést elkezdő betegeket figyelmeztetni kell, hogy az orthostaticus hypotonia első jeleinek (szédülés,

gyengeség) észlelésekor üljön le vagy fektüdjön le, amíg a tünetek el nem múlnak. Intraoperatív floppy iris szindróma: Szürkehályog műtét során néhsín, tamszulin kezelés alatt álló vagy korábban tamszulinnal kezelt betegnél intraoperatív floppy iris szindrómát (IFIS, a szűk pupilla szindróma egyik változata) figyeltek meg. Az IFIS a műtét szövődényének fokozott kockázatához vezethet beavatkozás során. Ezért a Duodart kezelés megkezdése nem ajánlott azon betegeknél, akiknél szürkehályog műtétet terveznek. **CYP3A4 és CYP2D6 inhibitorok:** A tamszulin-hidroklorid erős CYP3A4 inhibitorokkal (pl. ketokonazol), illetve kisebb mértékben erős CYP2D6 inhibitorokkal (pl. paroxetin) történő egyidejű alkalmazása fokozhatja a tamszulin-expozíciót. Ezért a tamszulin-hidroklorid nem ajánlott erős CYP3A4 inhibitorral szedő betegeknél és óvatosan adandó azoknak, akik erős CYP2D6 inhibitorral (pl. paroxetin) szednek. **Májkárosodás:** A Duodart-ot nem vizsgálták májbetegségben szenvedő betegeknél. **Egyéb:** A dutasterid klinikai vizsgálatokban, valamint a forgalomba hozatali követő időszakban szedő férfiak körében emlőrákot jelentettek. Az orvosoknak arra kell utasítaniuk betegeiket, hogy azonnal jelezzék, ha bármilyen változást tapasztalnak (pl. csomók vagy a mellbimbó váladékozását) a mellszövetükben. Jelenleg nem tisztázott, hogy van-e ok-okozati kapcsolat a férfi emlőrák és a dutasterid hosszú időtartamú alkalmazása között. **Gyógyszer-kölcsönhatások:** A Duodart-tal nem végeztek interakciós vizsgálatokat. A dutasterid főleg metabólizmus révén eliminálódik. A dutasterid tartós együttadása olyan gyógyszerekkel, amelyek a CYP3A4 enzimet erős inhibitorai (pl. ritonavir, indinavir, nefazodon, itraconazol, ketoconazol szájon át adva), a dutasterid szérumszintjének emelkedését okozhatja. A dutasterid nincs hatással sem a warfarin, sem a digoxin farmakokinetikájára. Dutasterid tamszulin nem alkalmazható más 1 adrenerg blokkolókkal együtt. Körültekintően kell eljárni, ha dutasterid tamszulinnal kombinálni adnak együtt. **Nemkívánatos hatások, mellékhatások:** Gyakori (>10%): szédülés, impotencia, megváltozott libidó, ejakuláció rendellenességek, emésztési zavarok. A REDUCE vizsgálat kimutatta, hogy a dutasteriddal kezelt férfiaknál a placebo csoporttal szemben nagyobb volt a 8-10 Gleason pontszámú prosztatarák incidenciája. Nem állapították meg, hogy a dutasterid prosztata-terfogatot csökkentő hatása vagy más vizsgálatokkal kapcsolatos tényezők befolyásolták-e vizsgálat eredményeit.

Az alkalmazási előírás ellenőrzésének dátuma: 2014.01.07.

Amennyiben termékünk alkalmazása során „Nemkívánatos eseményt” észlel, kérjük, 24 órán belül jelezze a hungary.ph_safety@gsk.com e-mail címen vagy a (+36-1) 225-5300 telefonszámon!

Felírás előtt kérjük, olvassa el a teljes alkalmazási előírást, különös tekintettel az adagolásra és alkalmazásra (4.2), a figyelmeztetésekre (4.4), az interakciókra (4.5) és a mellékhatásokra (4.8).

Kiadhatóság: Korlátozott érvényű orvosi rendelvényhez kötött szakorvosi körhízi diagnózist követő járóbeteg-ellátásban alkalmazható gyógyszer (J).

	BRUTTO FOCY.ÁR	NORMATIV TÁMOGATÁS (25%)	
		DEP TÁMOGATÁS MÉRTEKE	BETEG TERHETÉSI DÍJA
Duodart 0,4 mg/0,5 mg kemény kapszula 30x	7433 Ft	1125 Ft	6308 Ft
Duodart 0,4 mg/0,5 mg kemény kapszula 90x	20 219 Ft	3376 Ft	16 843 Ft

2014. 07. 01., www.oep.hu

Az anyag lezárásának dátuma: 2014. 08. 14. Az anyag felülvizsgálatának dátuma: 2015. 08. 14.

További információért forduljon képviseletünkhez: GlaxoSmithKline Kft., 1124 Budapest, Csörös u. 43. Tel: 225-5300, fax: 225-5302, www.gsk.hu

Referencia:

1. Roehrborn CG et al. Eur Urol 2010; 57: 123-131.

2. Duodart alkalmazási előírás 2014. 01. 07. www.ema.europa.eu



Urológiai fekvőbeteg-ellátást végző intézmények 2013	Progresszivitás: 3								Bajcsy
	Klinikák			Budapest		Vidék			
	Buda- pest	Deb- recen	Pécs	Szeged	Dél-pesti	Péterfy	Miskolc megyei	Szom- bathely	
Adatok									
Az ellátott lakosság száma év végén	450 000	250 000	450 000	299 653	1 030 170	1 340 640	500 000	1 359 918	301 834
Szervezett urológiai ágyak száma év végén	56	50	72	48	45	40	45	40	23
Működő urológiai ágyak száma év végén	56	50	72	48	44	40	45	32	23
Az urológiai osztály, részleg alapterülete év végén (m²)	3460	2009	2591	2054	668	1301	1713	821	726
Az urológiai kórtermek összes alapterülete év végén (m²)	567	348	521	472		258	480	271	272
Az urológiai műtők alapterülete év végén (m²)	776	328	76	136	62	251	221	119	
Az urológiai műtők száma	5	3	3	3	1	5	3	3	1
Az urológiai osztályról, részlegről kiírt betegek száma az év folyamán (esetszám)	4101	4456	3563	1995	3368	2555	1968	2065	1323
Ápolási napok száma az év folyamán	15 696	18 250	15 732	16 425	11 729	8472	12 271	5709	5182
Urológiai okból műtött betegek száma az év folyamán (betegszám)	2867	2817	2683	3864	2480	2521	1553	2466	1589
Reoperációk (10 napon belül) száma az év folyamán	6		15	11	46	17	8		3
Az urológiai osztályon, klinikán, részlegen meghalt betegek száma az év folyamán	9	2	5	15	6	12	15	13	1
Posztoperatív időszakban (30 nap) meghalt betegek száma az év folyamán	1			5	2	4	3	2	
Engedélyezett orvosi állások száma év végén	19	12	15	12	14	12	10	6	11
Betöltött orvosi állások száma év végén	19	12	15	11	14	11	9	10	10
Urológus szakorvosok száma év végén	14	8	12	10	9	8	9	7	8
Eü. szakdolgozók száma év végén	39	33	51	20	21	22	34	15	11
– ebből főiskolai diplomával rendelkezők	3	4	3	2	2	2	1	4	2
Segédszemélyzet (nem eü. munkakört ellátók) év végén (fő)	11	10	13	20	1			6	3
Vérfelhasználás Vvt. konc. év folyamán	687	456	450	690	345	612	381	163	136
Vérfelhasználás FFP év folyamán	69	80	194	44	34	32	97	20	36
Antibiotikum-felhasználás (forint) év folyamán	5 217 624	5 101 080	9 989 187	6 638 221	2 545 074	4 603 946	3 430 104	1 785 562	1 007 366
Case – mix index (súlyszám/esetszám) év folyamán	1,02	1	1,09	1,05	0,94	1,06	0,83	0,95	0,98
Urológiai ágykihasználási % év folyamán (ápolási napok száma/ágyszám/365x100)	76,8	100,0	59,9	93,8	73,0	58,0	74,7	48,9	61,7
Átlagos ápolási idő (nap) (ápolási napok száma/elbocsátott betegek száma)	3,8	4,1	4,4	8,2	3,5	3,3	6,2	2,8	3,9
Urológiai ágyforgó (elbocsátott betegek száma/ágyak száma)	73,2	89,1	49,5	41,6	76,5	63,9	43,7	64,5	57,5
Urológiai műtési ágyforgó (műtött betegek száma/ágyak száma)	51,2	56,3	37,3	80,5	56,4	63,0	34,5	77,1	69,1
Összmortalitás % (meghalt betegek száma/elbocsátott betegek száma) x100	0,3	0,1	0,2	0,4	0,2	0,5	1,0	0,5	0,1
Műtési mortalitás % (posztop. meghalt betegek száma/műtött betegek száma) x100	0,1	0,1	0,2	0,2	0,1		0,1		
100 ágyra jutó orvos (100/ágyak száma) x orvosok száma	33,9	24,0	20,8	22,9	31,8	28,4	20,0	29,7	43,5
100 ágyra jutó eü. szakdolgozó (100/ágyak száma) x eü. szakdolgozók száma	69,6	66,0	70,8	41,7	46,6	55,0	75,6	46,9	47,8

ADATOK, MŰTÉTEK 2013

MAGYAR UROLÓGIA, XXVII. ÉVFOLYAM, 1. SZÁM (2015)

Progresszivitás: 2															
Budapest					Vidék										
BIK	Heim Pál	Honvéd	Orsz. Onk.	Szt. János	Uzsoki	Cegléd	Baja	Debrecen	Dunaújváros	Eger	Győr	Gyula	Kiskunhalas	Kaposvár	
187 493		624 036		400 000	610 000	161 931	14 690	414 740	140 000	260 996	356 765	230 000	123 355	273 275	
20	20	40	8	30	32	20	19	30	20	30	25	25	20	25	
20	20	27	8	30	32	16	19	30	20	30	25	25	20	25	
434	258	1016	60	948	1728	130	620	851	200	603	1200	484	280	711	
163	70	236	30	305	810	84	465	255	112	270	240	152	150	266	
643	39	Központi	30	138	637	40		92	122		101	31	72		
1	1	Központi	1	3	2	1		2	3	Központi	3	2	2	1	
1205	1432	1660	501	1549	2488	427	1245	1709	1176	1201	2033	1009	1211	1407	
4005	4352	7406		7955	8520	2754	4936	8622	7300	6056	6506	4865	3131	4884	
1037	675	1372	498	1530	2525	343	920	1225	1197	547	2033	1244	1023	588	
2	4	5	1	1	5	4	3		4		6	7	5	6	
6		10	2	11	4	7	8	13	11	5	16	4	6	5	
1		10	2	1				2	2	5	1				
5	4	14	3	9	8	4	5	11	5	7	6	7	4	7	
5	4	13	2	6	7	2	4	11	4	5	6	7	4	6	
5	3	12	2	6	7	2	3	10	4	5	8	6	3	7	
20	9	16	1	19	13	12	18	25	10	13	18	25	12	17	
	1	1	1	2	1	1	2	3	1		5	3	1	1	
	2	2		2	5	1	1	2	2	2	4	4	2		
116	8	136	52	156	199	71	98	267	130	142	451	283	19	218	
33		23	10	70	7		16	46	9	14	22	13	12	26	
5	499 349	2 100 000	3 218 250		1 866 000	3 167 343	968 429	1 172 357	4 066 771	581 520	1 844 000	2 090 125	2 150 000	2 100 000	2 163 956
	0,89	0,69	0,84		0,89	0,94	0,75		1,09	0,85	0,93	0,89	0,80	0,88	0,86
	54,9	59,6	75,1		72,6	72,9	47,1	71,2	78,7	100,0	55,3	71,3	53,3	42,9	53,5
	3,3	3,0	4,5		5,1	3,4	6,4	4,0	5,0	6,2	5,0	3,2	4,8	2,6	3,5
	60,3	71,6	61,5	62,6	51,6	77,8	26,7	65,5	57,0	58,8	40,0	81,3	40,4	60,6	56,3
	51,9	33,8	50,8	62,3	51,0	78,9	21,4	48,4	40,8	59,9	18,2	81,3	49,8	51,2	23,5
	0,6		0,7	0,4	0,7	0,2	2,0	0,9	1,1	0,9	0,9	0,8	0,3	0,6	0,9
	0,1		0,7	0,4					0,2	0,2	0,9				0,3
	25,0	20,0	48,1	25,0	20,0	21,9	12,5	21,1	36,7	20,0	16,7	24,0	28,0	20,0	24,0
	100,0	45,0	59,3	12,5	63,3	40,6	75,0	94,7	83,3	50,0	43,3	72,0	100,0	60,0	68,0

Urológiai fekvőbeteg-ellátást végző intézmények 2013	Progresszivitás: 2						
	Vidék						
	Kecskemét	Miskolc és Lithoterápiás Intézet	Nagy- kanizsa	Nyíregy- háza	Salgó- tarján	Siófok	Sopron
Adatok							
Az ellátott lakosság száma év végén	340 000	296 000	136 846	552 000	175 617	110 000	107 800
Szervezett urológiai ágyak száma év végén	35	20	20	30	27	20	21
Működő urológiai ágyak száma év végén	35	20	23	32	27	20	21
Az urológiai osztály, részleg alapterülete év végén (m ²)	530	1066	488	580	444	171	737
Az urológiai kórtermek összes alapterülete év végén (m ²)	288	206	186	179	118	62	275
Az urológiai műtők alapterülete év végén (m ²)		77	82		63		210
Az urológiai műtők száma		2	1	3	2	2	2
Az urológiai osztályról, részlegről kiírt betegek száma az év folyamán (esetszám)	1460	1050	1678	2335	638	813	1014
Ápolási napok száma az év folyamán	6678	4430	6302	8476	4326	4376	4488
Urológiai okból műtött betegek száma az év folyamán (betegszám)	1783	859	566	1144	476	447	788
Reoperációk (10 napon belül) száma az év folyamán	8	4	6	19		1	
Az urológiai osztályon, klinikán, részlegen meghalt betegek száma az év folyamán	9	6	8	10	8	10	8
Posztoperatív időszakban (30 nap) meghalt betegek száma az év folyamán	6	1		4	4		
Engedélyezett orvosi állások száma év végén	7	7		15	6	5	6
Betöltött orvosi állások száma év végén	5	7	4	13	6	3	6
Urológus szakorvosok száma év végén	4	7	4	11	6	3	5
Eü. szakdolgozók száma év végén	16	18	13	21	11	7	8
– ebből főiskolai diplomával rendelkezők	2	1	2	4	1	1	1
Segédszemélyzet (nem eü. munkakört ellátók) év végén (fő)	2		1	2	1		2
Vérfelhasználás Vvt. konc. év folyamán	421	129	136	306	129	42	216
Vérfelhasználás FFP év folyamán	141	6	4	19		15	9
Antibiotikum-felhasználás (forint) év folyamán	12 824 922	625 774	146 101	2 367 240	6 479 411		752 692
Case – mix index (súlyszám/esetszám) év folyamán	0,90	0,87	0,67	0,90	0,95		0,81
Urológiai ágykihasználási % év folyamán (ápolási napok száma/ágyszám/365x100)	52,3	60,7	75,1	72,6	43,9	59,9	58,6
Átlagos ápolási idő (nap) (ápolási napok száma/ elbocsátott betegek száma)	4,6	4,2	3,8	3,6	6,8	5,4	4,4
Urológiai ágyforgó (elbocsátott betegek száma/ágyak száma)	41,7	52,5	73,0	73,0	23,6	40,7	48,3
Urológiai műtési ágyforgó (műtött betegek száma/ágyak száma)	50,9	43,0	24,6	35,8	17,6	22,4	37,5
Összmortalitás % (meghalt betegek száma/ elbocsátott betegek száma) x100	0,5	0,7	1,4	0,9	1,7	2,2	1,0
Műtési mortalitás % (posztop. meghalt betegek száma/műtött betegek száma) x100	0,3	0,1		0,3	0,8		
100 ágyra jutó orvos (100/ágyak száma) x orvosok száma	14,3	35,0	17,4	40,6	22,2	15,0	28,6
100 ágyra jutó eü. szakdolgozó (100/ágyak száma) x eü. szakdolgozók száma	45,7	90,0	56,5	65,6	40,7	35,0	38,1

ADATOK, MŰTÉTEK 2013

MAGYAR UROLÓGIA, XXVII. ÉVFOLYAM, 1. SZÁM (2015)

Progresszivitás: 2									
Vidék									
Szekszárd	Szentes	Székesfehérvár	Szolnok	Orosháza	Tatabánya	Veszprém	Zalaegerszeg	Esztergom	Összesen
214 000	94 295	270 000	287 692	123 000	245 000	356 339	174 072	97 069	13 129 226
21	20	20	33	22	20	20	20		1132
15	20	20	33	22	20	20	20		1105
693	279	800	709	497	540	716	439,61	45	33 160
208	119	404	259	181	147	188	193,83	45	9661
84,32	40	63	98		80	877	61,81		5503
2	2	1	1		2	2	2		73
1143	986	1391	1555	667	1160	1436	1308	281	64 562
3330	3065	4670	12045	2798	5786	7300	4843	283	273 953
985	793	1010	1028	617	1152	1716	547	332	53 840
7	10	5	11		2	2	16		250
4	5	9	8	5	7	4	3		290
2	2	2	2			3	2		69
5	5	5	6		5	8	8	1	299
5	4	4	4	3	5	8	8	1	283
5	3	4	4	3	5	6	7	3	248
21	7	13	16	6	13	15	14	1	673
2	2	1	1	1	2		2		69
4	3	2	5	5	1	Központi	2		123
199	193	210	308	62	164	340	208		9329
76	72	30	82	4	56	73	7		1501
1 694 931	1 095 660	1 030 000		725 234	1 206 213	1 717 596	1 482 543	127 200	100 581 781
0,92	0,91		0,82	0,82	0,83	0,85	1,02	0,92	
60,8	42,0	64,0	100,0	34,8	79,3	100,0	66,3		
2,9	3,1	3,4	7,7	4,2	5,0	5,1	3,7		
76,2	49,3	69,6	47,1	30,3	58,0	71,8	65,4		
65,7	39,7	50,5	31,2	28,0	57,6	85,8	27,4		
0,4	0,6	0,9	0,8	0,8	0,6	0,2	0,5		
0,2	0,3	0,2	0,2			0,2	0,4	0,2	
33,3	20,0	20,0	12,1	13,6	25,0	41,3	40,0		
140,0	35,0	62,5	48,5	27,3	65,0	75,0	70,0		

Urológiai fekvőbeteg-ellátást végző intézmények 2013		Progresszivitás: 3									
		Klinikák				Budapest		Vidék			
	Műtétek	Buda- pest	Deb- recen	Pécs	Szeged	Dél-pesti	Péterfy	Miskolc megyei	Szom- bathely	Bajcsy	
1.	Nephrotomia								2		
2.	Pyelotomia, pyelocalycotomia				2				1	1	
3.	Vesecisztafal-reszekció		1								
4.	Laparoszkópos vesecisztafal-reszekció	3	12	1	5	4	4	10	5	2	
5.	Vesereszekció	63	33	43	4	16	26	3	14	3	
6.	Laparoszkópos vesereszekció	7	34	40	5	36	21	1	2	1	
7.	Nephrectomia (nem tumor miatt)	17		6	3	6	5	14	8		
8.	Laparoszkópos nephrectomia (nem tumor miatt)	5		11		7	7	4	1		
9.	Nephrectomia radikális transperitonealis	19	20	14		9	50	10	12	7	
10.	Nephrectomia radikális retroperitonealis	51	22	28	40	16	5	28	23	13	
11.	Laparoszkópos nephrectomia radikális retroperitonealis		4	1			1			8	
12.	Laparoszkópos nephrectomia radikális transperitonealis	23	30	14	14	26	19	18			
13.	V. cava megnyitás, tu. thrombuseltávolítás	4	1	3	2	2	6				
14.	Nephroureterectomia	19	7	11	1	1	3	8	4	3	
15.	Laparoszkópos nephroureterectomia	3	7	2		9	10	2			
16.	Autotransplantatio renis										
17.	Nephropexia										
18.	Laparoszkópos nephropexia	1	1	1		1	1				
19.	Pyelonplasztika			2	4		1		3		
20.	Laparoszkópos pyelonplasztika	7	12	25	8	10	8	9		6	
21.	Patkóvese szétválasztás		1	1							
22.	Vesesutura		1	2			2				
23.	Vesetályog-megnyitás, ignipunkció, decapsulatio			3		5		6	1		
24.	Nyílt veseműtét egyéb		2			2	2	4			
25.	Nephrostomia percutanea	224	107	156	64	182	39	173	53	84	
26.	Nefroszkópos perkután közúzástávolítás	112	91	45	16	45	29	74	7	28	
27.	Nefroszkópos perkután korallközűzés	5		22	3	11	8	5	2	7	
28.	Nefroszkópos perkután pyelumtu. reszekció			1					3	2	
29.	Endopyelotomia		1	7		3		2	5		
30.	Veseciszta-leszívás és szklerotizáció		13	18		5	15	1	10		
31.	Vesebiopszia		11	8	11	1	2	9	6	21	
32.	Ureterotomia	4							2		
33.	Laparoszkópos ureterotomia	1	3	1	3						
34.	Anastomosis ureteroereteralis			2			35				
35.	Uréterpótlás (bélszakasszal)				2						
36.	Neoinplantatio ureteris (kivéve VUR)	10	2	13	7	2	3	2	1		
37.	Mező-Boariplasztika	1		1		1	3				
38.	Szarvhólyagképzés			6							
39.	Deligatio ureteris						1		2		
40.	VUR miatt végzett nyílt műtét										
41.	VUR endoszkópos kezelése										
42.	Ureterolysis v. ureter áh. retroperit. fibr. miatt			2					2		
43.	Laparoszkópos ureterolysis			2		1	9			1	
44.	Retrocavalis ureterműtét										
45.	Laparoszkópos retrocavalis ureterműtét										
46.	Ureteroszkópos perkután antegrad közűzés					3	2	2	1	3	

Progresszivitás: 2														
Budapest					Vidék									
BIK	Heim Pál	Honvéd	Orsz. Onk.	Szt. János	Uzsoki	Cegléd	Baja	Debrecen	Dunaújváros	Eger	Győr	Gyula	Kiskunhalas	Kaposvár
		19	1	3										
2			1	1	1									3
	1			1				1	1			2		1
		1			1				1		1		2	
2		20	18	2	23	1		1	2	2	5	1		4
		8			3						12		6	
4	5	9	2	11	14	1	1	9	5	8		4		9
	1	10		4	4						5		9	
		6	20	1	12	8		34	1	3	11	3		
25		29	25	26	19		9	8	17	16	2	22		16
											1			
		19	4	6	12						44		34	
			4	1							3			
2		11	2	7	10		2	7	1	1		5		1
		2		1	4						3		2	
		3					1						2	
3	14			3	1		1	7				3		
	3	10	1		6						6		10	
		1	1								1			
		2	1	1				5				2		
		4		1			1	2		2	2	3	1	1
1		4	1	1			5			3				
30		42	30	55	72	5	19	38	11	21	37	28	7	46
7		33		6	31		1	9	9	14	23	15	25	13
13		7			10		4	19	3	9	13	4	24	
													1	
					1		1			4			5	
6		9	2	12	14		16	4	2	2	3	12		
					4		4	5					2	10
3		1							1			1		8
											3		3	
				1										
2	7	2	3		1					2	1			
		2	1											
			1											
	16	1												
		1												
										5			8	

Urológiai fekvőbeteg-ellátást végző intézmények 2013		Progresszivitás: 2							
		Vidék							
	Műtétek	Kecskemét	Miskolc és Lithoterápiás Intézet	Nagykanizsa	Nyíregyháza	Salgótarján	Siófok	Sopron	
1.	Nephrotomia								
2.	Pyelotomia, pyelocalycotomia				1				
3.	Vesecisztafal-reszekció	2			2				
4.	Laparoszkópos vesecisztafal-reszekció	2			2	1		1	
5.	Vesereszekció	4	2	1	15	1			
6.	Laparoszkópos vesereszekció				6			2	
7.	Nephrectomia (nem tumor miatt)	9	7	2	8	5	6	1	
8.	Laparoszkópos nephrectomia (nem tumor miatt)	6			5			4	
9.	Nephrectomia radikális transperitonealis		31	5	18	2	6		
10.	Nephrectomia radikális retroperitonealis	42		16	7			4	
11.	Laparoszkópos nephrectomia radikális retroperitonealis	5							
12.	Laparoszkópos nephrectomia radikális transperitonealis				17		6	14	
13.	V. cava megnyitás, tu. thrombuseltávolítás								
14.	Nephroureterectomia	3			3	3	1	2	
15.	Laparoszkópos nephroureterectomia							2	
16.	Autotransplantatio renis								
17.	Nephropexia								
18.	Laparoszkópos nephropexia							1	
19.	Pyelonplasztika								
20.	Laparoszkópos pyelonplasztika				2			2	
21.	Patkóvese szétválasztás								
22.	Vesesutura								
23.	Vesetályog-megnyitás, ignipunkció, decapsulatio		1		1				
24.	Nyílt veseműtét egyéb				1			1	
25.	Nephrostomia percutanea	139	37	10	73	30	32	42	
26.	Nefroszkópos perkután közúzástávolítás	55	43	1	66	20	13	2	
27.	Nefroszkópos perkután korallközűzés		12		13	9	1	1	
28.	Nefroszkópos perkután pyelumtu. reszekció								
29.	Endopyelotomia	1			1				
30.	Veseciszta-leszívás és szklerotizáció	3	4		10				
31.	Vesebiopszia				12		21	1	
32.	Ureterotomia	1			1		2		
33.	Laparoszkópos ureterotomia				1		5	2	
34.	Anastomosis ureteroereteralis							2	
35.	Uréterpótlás (bélszakasszal)								
36.	Neoinplantatio ureteris (kivéve VUR)				1				
37.	Mező-Boariplasztika								
38.	Szarvhólyagképzés								
39.	Deligatio ureteris								
40.	VUR miatt végzett nyílt műtét								
41.	VUR endoszkópos kezelése								
42.	Ureterolysis v. ureter áh. retroperit. fibr. miatt								
43.	Laparoszkópos ureterolysis							1	
44.	Retrocavalis ureterműtét								
45.	Laparoszkópos retrocavalis ureterműtét								
46.	Ureteroszkópos perkután antegrad közűzés	56			2				

Progresszivitás: 2										
Vidék										
	Szekszárd	Szentés	Székesfehérvár	Szolnok	Orosháza	Tatabánya	Veszprém	Zalaegerszeg	Esztergom	Összesen
						2	1			28
					1	4	2			20
	1			1		2	2			18
							2	1		61
	3		4	2	1	2	12			333
								2		186
	3	4	5	3	3	5	11	1		214
								4		87
			2	12	2	9	2			329
	18	8	27	5	5	5	36	4		617
										20
				1				14		315
						3				29
	1	2	3	3	2	3	2	2		136
								2		49
	1					1				2
								1		13
	1		4	2	2	4	7			62
							1	2		128
										5
			2			1				19
			3	2		3				42
			1			2		1		31
	34	35	36	27	14	25	144	42	22	2265
	4	58	5	28	2	13	17	2		962
	1		1			1		1		209
										7
		7	1			2				41
	1		4	6	11	7	1		3	194
		1	6	1	4	14	6	1	2	163
			4	3		5				36
								2		24
								2		42
			1							3
			2	4	1	4	2			72
			2							8
										9
			1			3				8
						2	1			3
						2	9			28
						2				7
								1		15
			3			5				90

Urológiai fekvőbeteg-ellátást végző intézmények 2013		Progresszivitás: 3									
		Klinikák				Budapest		Vidék			
Műtétek		Buda- pest	Deb- recen	Pécs	Szeged	Dél-pesti	Péterfy	Miskolc megyei	Szom- bathely	Bajcsy	
47.	Ureteroszkópos közúzástávolítás	87	52	54	54	43	20	56	42	45	
48.	Ureteroszkópos uretertu. reszekció		1	1		4		5		5	
49.	Ureterstrictura endoszkópos bemetszése		2	3		3	2	14	12	5	
50.	Duplaj katéter alkalmazása	151	207	71	37	191	45	155	82	23	
51.	Retroperitonealis lymphadenectomy (heretu. miatt)	2	2			4			1		
52.	Laparoszkópos RLA			5				1		1	
53.	Retroperitonealis lymphadenectomiasalvage (posztk.)		1	5		5	5				
54.	Laparoszkópos salvage RLA										
55.	Adrenalectomia (önálló műtétként)	2			2		2	2	12	1	
56.	Laparoszkópos adrenalectomia		1	7	2	1	2	1			
57.	Kismedencei lymphadenectomy	122		37	44	5	91		41		
58.	Laparoszkópos kismedencei lymphadenectomy					31				11	
59.	Retroperitoneum egyéb műtete						2	2	14	2	
60.	Laparoszkópos retroperitoneum egyéb műtét					2	2				
61.	Húgyhólyagkő endoszkópos műtete	29	30	37	17	36	7	17	10	16	
62.	Húgyhólyag idegen test endoszkópos műtete	1	1	1	2	2	2	2	5		
63.	Húgyhólyag-exploráció (kő, idegentest-eltáv.)	10	1	6	4	2	4	2	5	1	
64.	Perkután epicystostomia	282	7	36	1	61	102	18	12	14	
65.	TUR húgyhólyag-biopszia	25	30	35	7	28	20	12	16		
66.	TUR ves. urin. therapeutic.	478	258	222	158	307	171	139	145	103	
67.	TUR ves. urin. palliat.		5	23	11	59	19	55	7	25	
68.	TUR colli ves. urin.	21	18	10		4	9	19	4		
69.	Transurethralis diverticulum szájadék v. ureterokele incízió	1		6	2	2	2		3	2	
70.	Transurethralis húgyhólyag-lézerkezelés		3	2	1	2	170			1	
71.	Húgyhólyag-diverticulum eltávolítása	1	1		2		2		1		
72.	Laparoszkópos húgyhólyag-diverticulum eltávolítása		2								
73.	Húgyhólyagfal-reszekció	2				1	4	3	3		
74.	Hemicystectomy						1				
75.	Cystectomy simplex										
76.	Cystectomy radikális	32	10	24	44	12	40	7	10	5	
77.	Laparoszkópos cystectomy radikális										
78.	Húgyhólyag-nagyobbítás bélszakasszal	1									
79.	Húgyhólyagképzés bélszakasszal (orthotop)			4	12	3	9				
80.	Ureteroileostomia sec. Bricker	23	9	19	32	9	26	6	9	5	
81.	Nem kontinens reservoir képzés egyéb										
82.	Ureterosigmoideostomia						5				
83.	Mainz pouch II.										
84.	Kontinens vizeletereservoir képzésegyéb										
85.	Ureterocutaneostomia	9		1			7		1		
86.	Húgyhólyagsipoly zárása suprapublicusan	4			1		1	3	1	1	
87.	Húgyhólyagsipoly zárása vaginálisan	3			10	2	1		2	1	
88.	Húgyhólyagsutura		1		1	3	4	4			
89.	Húgyhólyagnyak plasztika								2		
90.	Extrophia vesicae urinariae műtete										
91.	Húgyhólyag egyéb műtétei		1		2	34	3	3	10	7	
92.	Egyéb biopsziák						4	7		7	

Progresszivitás: 2															
Budapest						Vidék									
	BIK	Heim Pál	Honvéd	Orsz. Onk.	Szt. János	Uzsoki	Cegléd	Baja	Debrecen	Dunaújváros	Eger	Győr	Gyula	Kiskunhalas	Kaposvár
	39		22	1	173	53		9	108	83	21	54	72	52	7
	1		7						3			1			1
			20			5		1		2	4	2	1	3	1
	6	3	148	23	74	273		58	109	56	31	102	103	37	57
									1						
				5											
														4	
				6		2						1			1
				2								4		1	
	4		5	39	4	8			23						
				1	1							3			
	1		2	1									5		
												2		1	
	10		17	1	7	25	1	6	12	12	3	27	18	12	3
					1	1			2	1		1	2		
	5	2			3	7	1			1	2	11	2		1
	50	4	68	15	21	36		7	1	9	17	1	6	6	
	2		10	12	27	3	2	2	6	4	3	19	13		3
	234		181	82	63	318	41	48	28	76	102	160	115	41	69
	6		82	9	56	106	11	14	113	7	10	20	25	13	43
	34		6		15	8	3	6	3		1	6	8	1	
	1	3	1			4	1		4	1	4	2	3		
								13			1				
	2		2		5	3	1				1	1	3	1	
	5		6		1	2			1	1		6	3		
			1	3	1										
					1										
			5	4	1	2			10						
				1											
			3	3					5						
					1										
	1					2			1						
			3		2						1	1	1		
			2		2	1		2						1	
			6	2	5	1			1				2	1	
		1	10						13						
	2	1													
			8					10	2			11			
									1				29		

Urológiai fekvőbeteg-ellátást végző intézmények 2013			Progresszivitás: 2						
			Vidék						
	Műtétek	Kecskemét	Miskolc és Lithoterápiás Intézet	Nagykanizsa	Nyíregyháza	Salgótarján	Siófok	Sopron	
47.	Ureteroszkópos kőzúzásektómiával	61	87	10	39	65	38	10	
48.	Ureteroszkópos ureteru. reszekció				2			1	
49.	Ureterstrictura endoszkópos bemetszése	2			3				
50.	DuplaJ katéter alkalmazása	159	97	64	212	29	26	72	
51.	Retroperitonealis lymphadenectomia (heretu. miatt)								
52.	Laparoszkópos RLA								
53.	Retroperitonealis lymphadenectomiasalvage (posztok.)								
54.	Laparoszkópos salvage RLA								
55.	Adrenalectomia (önálló műtétként)								
56.	Laparoszkópos adrenalectomia				2				
57.	Kismedencei lymphadenectomia				19				
58.	Laparoszkópos kismedencei lymphadenectomia				7				
59.	Retroperitoneum egyéb műtéte	3	1						
60.	Laparoszkópos retroperitoneum egyéb műtét								
61.	Húgyhólyagkő endoszkópos műtéte	1	21	12	22	8	3	7	
62.	Húgyhólyag idegen test endoszkópos műtéte	1			1		2		
63.	Húgyhólyag-exploráció (kő, idegentest-eltáv.)	5	6		5	3	3	1	
64.	Perkután epicystostomia	10	4	38	11		4	6	
65.	TUR húgyhólyag-biopszia	3	4	81	14	9	15	20	
66.	TUR ves. urin. therapeutic.	173	166	38	144	89	52	64	
67.	TUR ves. urin. palliat.	11	37		64	29	17	21	
68.	TUR colli ves. urin.	2				1		3	
69.	Transurethralis diverticulum szájadék v. ureterokele incízió							2	
70.	Transurethralis húgyhólyag-lézerkezelés	3				5			
71.	Húgyhólyag-diverticulum eltávolítása								
72.	Laparoszkópos húgyhólyag-diverticulum eltávolítása								
73.	Húgyhólyagfal-reszekció	1		1	2		1	1	
74.	Hemicystectomy						1		
75.	Cystectomy simplex								
76.	Cystectomy radikális				10			2	
77.	Laparoszkópos cystectomy radikális								
78.	Húgyhólyag-nagyobbítás bélszakasszal								
79.	Húgyhólyagképzés bélszakasszal (orthotop)								
80.	Ureteroileostomia sec. Bricker				9			2	
81.	Nem kontinens reservoir képzés egyéb								
82.	Ureterosigmoideostomia								
83.	Mainz pouch II.								
84.	Kontinens vizeletereservoir képzése egyéb								
85.	Ureterocutaneostomia				1				
86.	Húgyhólyagsipoly zárása suprapubicusan	1				2			
87.	Húgyhólyagsipoly zárása vaginálisan				1			1	
88.	Húgyhólyagsutura		2		2			1	
89.	Húgyhólyagnyak plasztika								
90.	Extrophia vesicae urinariae műtéte								
91.	Húgyhólyag egyéb műtétei			164					
92.	Egyéb biopsziák								

Progresszivitás: 2										
Vidék										
	Szekszárd	Szentes	Székesfehérvár	Szolnok	Orosháza	Tatabánya	Veszprém	Zalaegerszeg	Esztergom	Összesen
	8	18	17	20	3	14	34	10		1581
	1	1	1			1		1		37
		2	2	7						96
	67	168	76	59	9	38	135	72	11	3336
										10
										7
										21
										4
						2	2			35
										23
							20			462
										54
		1	3	5		2	3			47
										7
	4	9	15	23	11	9	38	7	10	553
					1	4				33
	3	2	7	6		11	3	1		126
	3	2	10	16	7	10	27	6	15	943
	7	1	25	2	3	26	68	20		577
	80	80	150	160	46	104	89	64	8	5046
	10	33	25	22	17	21	37	21		1084
	3		1			14	13	3		216
			6	2	2	6		2		62
	15		2			2			7	227
			1	2		2	1			32
										2
		1	5	2	2	5		1		60
						3	1			11
										1
			7				1	2		228
										1
										29
			7					2		169
										6
							2			25
						3				25
						3		1		33
	3		2	3		5		1		50
										26
										3
	4	4				13	20			296
		2				3				53

Urológiai fekvőbeteg-ellátást végző intézmények 2013		Progresszivitás: 3									
		Klinikák				Budapest		Vidék			
	Műtétek	Buda- pest	Deb- recen	Pécs	Szeged	Dél-pesti	Péterfy	Miskolc megyei	Szom- bathely	Bajcsy	
93.	Urethrotomia externa (kő, idegentest-eltáv.)				1						
94.	Urethrectomia			1			1				
95.	Meatotomia urethrae	52	5	10	1	8	16	10	2	11	
96.	Húgycsőresectio fistula, diverticulum miatt			1			2		10		
97.	Urethrectomia (önálló műtétként)	2		1							
98.	Urethrostomia zárás										
99.	Urethrotomia internaoptikus	112	43	113	37	62	35	27	7	28	
100.	Urethrotomia internaotis (önálló műtétként)		11	10	20		5		25	2	
101.	Húgycsőresectio és anastomosis	17		8					2		
102.	Húgycsőpótlás szájnyálkahártyafolttal	26		3	12						
103.	Marsupialisatio urethrae	7		4			1				
104.	Egyéb húgycsőplasztika	17			7	6	1		1	2	
105.	Feszülésmentes suburethralis szalagműtét inkontinencia miatt nőknél (TOT,TVT)	63	17	29	48	16	49		6	10	
106.	Egyéb szalagműtét inkontinencia miatt nőknél	3	3		8				1		
107.	Colposuspensio (Burch) nyílt műtéttel	1							3		
108.	Laparoszkópos colposuspensio	1					31			1	
109.	Inkontinencia miatt végzett szalagműtét férfiaknál	4	2								
110.	Műsphincterbeültetés	8	3		7						
111.	Prostata tályogperinealis megnyitása									2	
112.	Prostata TUR biopszia	2					9				
113.	Prostata TUR részleges		149	42	9	38	9				
114.	Prostata TUR teljes	215		249	142	135	90	86	43	62	
115.	Prostata transurethral isincisio			9		16	2			3	
116.	Prostata spirál felhelyezése										
117.	Prostata transurethralis lézerterápia		2	360	16	3	10				
118.	Prostata egyéb alternatív terápiája			276			24		261		
119.	Prostata abscessus transurethralis megnyitása										
120.	Nyílt prostatectomia BPH miatt	65	23	4	12	5	19	7	51	16	
121.	Laparoszkópos prostatectomia BPH miatt		3								
122.	Prostatectomia radicalis retropubicus	86	31	47	15		47	22	35		
123.	Laparoszkópos prostatectomia radicalis	2	139	12	34	101				27	
124.	Prostatectomia radicalisperinealis										
125.	Wall-stentbeültetés			3							
126.	Hydrokeleműtét	68	50	56	36	46	45	40	44	25	
127.	Semicastratio	59		13	4	11	12	18	13	7	
128.	Semicastratio (kiterjesztetett, daganat miatt)		12	26	25	21	18	21	14	10	
129.	Castratio vagy orchiectomiabilateralis	8	1	1	2						
130.	Orchidopexia		4	2	2	3		2	3	1	
131.	Hererekonstrukció					3	2		1		
132.	Hereprotézis-beültetés	3	1	12	4		3	1	2		
133.	Varicocele-műtete	2	46	2	51	19	21	18	36	23	
134.	Laparoszkópos varicocele műtete	39	2	54			19		5		
135.	Mikrosebészeti varicocele műtét	10	6						5		
136.	Epididymectomy	8	2	14	3	2	3		4	2	
137.	Vasectomiatesis	13		5	2	4	3	2	5		
138.	Mikrosebészeti vasovasostomia	2									

Progresszivitás: 2															
Budapest						Vidék									
	BIK	Heim Pál	Honvéd	Orsz. Onk.	Szt. János	Uzsoki	Cegléd	Baja	Debrecen	Dunaújváros	Eger	Győr	Gyula	Kiskunhalas	Kaposvár
	1						2		1						
	2	13	1	20	1	1	2	19	4	8	6	1	14	3	4
	2				3	2				2		4			
		2													
	13														
	44		20	2	13	58	3	55		19	2	26		11	4
	2	2	2		1	147	2		5	1		6	27	10	
		4							1						
		15	1		3			7		1	3				7
		7				9			13		8	45	3	47	7
		5						7			1				
	3														
		5			2										
		2													
		2			1						2				
					20				7			1			
	10		48	2		68	8		2	10	9	46		41	
	98		30	18	78	46	23	130	138	110	51	88	116	46	22
		8		1						3	5	7		3	5
					4	3		24	4					23	
		2						81				75	54	54	
	40		58	6	50	49	5	1	2	7	11	26	8	1	8
												2			
	4			36	1	8			13		13				4
		74			2	14						18			
	38	63	28	4	13	33	9	27	33	20	17	51	30	20	20
	14	4	14		11	8	12	5	7	21	4	5	12	4	2
	3	1	18	27		30	3		22		8	11	10		18
					19						1			8	
		115				1		3	5	1	6		6	1	2
	3		1			2				1	2	5			
			3	10			1	1		1		1			1
	25	1	165	1	7	29	3	18	13	11	10	103	23	4	3
		31							36			1		27	5
		9													
	2		1					8		1		1			4
	38		4		50		5	8	1	1	1	11		1	4
			1												

Urológiai fekvőbeteg-ellátást végző intézmények 2013			Progresszivitás: 2					
	Műtétek	Kecskemét	Miskolc és Lithoterápiás Intézet	Vidék				
				Nagykanizsa	Nyíregyháza	Salgótarján	Siófok	Sopron
93.	Urethrotomia externa (kő, idegentest-eltáv.)		1					
94.	Urethrectomia						13	
95.	Meatotomia urethrae	12	11		5		2	2
96.	Húgycsőresectio fistula, diverticulum miatt				3	1		
97.	Urethrectomia (önálló műtétként)							
98.	Urethrostomia zárás							
99.	Urethrotomia internaoptikus	32	14	25	29	17		5
100.	Urethrotomia internaotis (önálló műtétként)	16			5	1		8
101.	Húgycsőresectio és anastomosis	4					2	
102.	Húgycsőpótlás szájnyálkahártyafolttal							
103.	Marsupialisatio urethrae				1			
104.	Egyéb húgycsőplasztika			3	1	3		
105.	Feszülésmentes suburethralis szalagműtét inkontinencia miatt nőknél (TOT,TVT)	18		2	11	2	6	12
106.	Egyéb szalagműtét inkontinencia miatt nőknél							3
107.	Colposuspensio (Burch) nyílt műtéttel							
108.	Laparoszkópos colposuspensio				3			
109.	Inkontinencia miatt végzett szalagműtét férfiaknál							
110.	Műsphincterbeültetés							
111.	Prostata tályogperinealis megnyitása							
112.	Prostata TUR biopszia					11		2
113.	Prostata TUR részleges	43	17	10	38	50		9
114.	Prostata TUR teljes	117	90	31	102	1	31	28
115.	Prostata transurethral isincisio	3						3
116.	Prostata spirál felhelyezése							
117.	Prostata transurethralis lézerterápia				2	10		
118.	Prostata egyéb alternatív terápia	21		42				46
119.	Prostata abscessus transurethralis megnyitása							
120.	Nyílt prostatectomia BPH miatt		3	3	9	6	1	5
121.	Laparoszkópos prostatectomia BPH miatt							
122.	Prostatectomia radicalis retropubicus	4			29			
123.	Laparoszkópos prostatectomia radicalis				29			10
124.	Prostatectomia radicalisperinealis							
125.	Wall-stentbeültetés							
126.	Hydrokeleműtét	39	39	14	81	24	8	13
127.	Semicastratio		11	2	14	17	1	21
128.	Semicastratio (kiterjesztett, daganat miatt)	24	19	7	19		2	17
129.	Castratio vagy orchiectomiabilateralis	6						
130.	Orchidopexia	10		2	22			7
131.	Hererekonstrukció	3						
132.	Hereprotézis-beültetés							
133.	Varicocele-műtete	6	25	12	73	4	7	6
134.	Laparoszkópos varicocele műtete	21			3	12		24
135.	Mikrosebészeti varicocele műtét							
136.	Epididymectomia	3			6	2	2	3
137.	Vasectomiatestis	1	4		1			1
138.	Mikrosebészeti vasovasostomia							

Progresszivitás: 2										
Vidék										
	Szekszárd	Szentés	Székesfehérvár	Szolnok	Orosháza	Tatabánya	Veszprém	Zalaegerszeg	Esztergom	Összesen
						2				8
				2		1				18
	8	8	1	2		17	13	2	7	304
						11	1			42
										5
						2				15
	7	18	17	27	4	14	28	5	5	968
		15	4	6	1	2	10	8		354
						2			3	43
										41
			3			1				17
	4					2	18			102
	6			24		4	17	12		491
								3		34
					2					9
										43
										8
										18
						5				12
						17		2		71
		46	11	92	9	11	30	9		866
	90	31	30	12	41	64	105	28		2817
			3		1	4		3	50	129
		79				17	2		1	560
	127		89		53	1	6	46		1258
						2				2
	3	1	18	9	12	34	8	5		591
										5
			3			4	20			422
				2				10		474
										3
	16	31	34	36	17	19	41	13	19	1260
	2	17	12	15	3	15	23	21	5	439
	8		12	8		3		17	3	437
						1				47
		2	2	1		7	21	7		238
			3	10		2	1		1	40
										44
	10	8	17	11	5	24	9	6	6	863
				12			3	24		318
										30
		2		7		8	5	3		96
		1	3		4	22	10	1		206
									3	53

Urológiai fekvőbeteg-ellátást végző intézmények 2013		Progresszivitás: 3									
		Klinikák				Budapest		Vidék			
Műtétek		Buda-pest	Deb-recen	Pécs	Szeged	Dél-pesti	Péterfy	Miskolc megyei	Szom-bathely	Bajcsy	
139.	Mikrosebészeti tubuloostomia vagy vasoepididymostomia	1									
140.	Here, mellékhere és funiculus műtéte egyéb	14	6	7	18	34	38	11	26	2	
141.	Phimosis miatt végzett műtétek	211	47	43	7	178	68	112	130	59	
142.	Reszekció penis	41	6	5	8						
143.	Amputatio penis	3	2	5	5	5	2	2			
144.	Emasculinisatio	1		1							
145.	Chordectomia penis (önálló műtétként)										
146.	Hypospadiasis rekonstrukciós műtéte	2									
147.	Epispadiasis korrekció										
148.	Induratio péniszplasztika műtéte	18		2	3						
149.	Priapismus miatt végzett műtétek (Wintershunt)			1		3	2	2			
150.	Priapismus miatt végzett műtétek (ElGhorabshunt)										
151.	Intersex állapot műtéte				1						
152.	Erekción zavarok műtéte										
153.	Implantatio prothesis penis – malleabilis										
154.	Implantatio prothesis penis – inflatabilis	2	1								
155.	Pénisz egyéb műtétei	68	3	29	6	2	1	5	22	10	
156.	Biopsia prostatae	479	286	318	233	413	205	237	175	172	
157.	Biopsia penis	40	5	2	3	2	2	2			
158.	Sebészi spermiumnyerés heréből – conventionalis TESE	28		5	32						
159.	Sebészi spermiumnyerés heréből – multifocalis TESE	5		2							
160.	Mikrosebészeti spermiumnyerés heréből – microTESE	27	1								
161.	Mikrosebészeti spermiumnyerés mellékheréből – MESA	8									
162.	ESWL vesekő	147	425	368		497	365		652	300	
163.	ESWL ureterkő	78	362	213		356	216		162	241	
164.	Herniotomia		34		69	13	37		94		
165.	Egyéb sebészeti műtétek	1	2	39	13		13	2	59	4	
166.	Nőgyógy. műtétek (collum amputáció, hysterectomia, petef.-eltávolítás)	2		14	5		2		6		
167.	Colporraphia anterior	19		45	12		2		4		
168.	Colporraphia posterior	3							2		
169	Sacrocolpopexia nyíltan vagy laparoskopósan háló nélkül	1									
170.	Medencefenéki rekonstrukció hüvelyi úton háló felhasználásával	2		8	8		3				
171.	Medencefenéki rekonstrukció nyílt műtéttel háló felhasználásával	1	4		10		1				
172.	Medencefenéki rekonstrukció laparoskopósan háló felhasználásával	3	4	6	2	21	31				
173.	Hüvelyi obliterációs műtét	1					2				
174.	Excisio, exstirp.	1	15	21		6			2	18	
175.	Egyéb nyílt műtét	9		27	5	5	3	5	3		
176.	Egyéb laparoskopópos műtét			2	26			3		5	
	Mindösszesen	3976	2817	3631	1604	3294	2571	1553	2536	1514	

Progresszivitás: 2															
Budapest						Vidék									
BIK	Heim Pál	Honvéd	Orsz. Onk.	Szt. János	Uzsoki	Cegléd	Baja	Debrecen	Dunaújváros	Eger	Győr	Gyula	Kiskunhalas	Kaposvár	
3	17	24			4	2	12	5	11	2	18	14	3	5	
78	219	109	3	74	84	64	43	88	80	49	53	118	51	42	
2		1			2	1		2						3	
		2		1	1				1	1	4	2		2	
						1									
2	20														
	35	2													
	1														
		1							1		1				
		1													
		1													
		1													
							1								
	45	2		9			9	3	2	8	1	7	4	17	
191		248	137	153	282	31	22	2	73	92	194	138	109	102	
2		1		3	4				1		5	2			
		31						19			11			3	
		20													
														2	
148				167	246	85	296	195	145	94	277	95	230	84	
36				205	247	12	15	101	61	44	148	30	156	101	
7	15	1				33	3	3	3	3		19	5		
			3	2		10					2		3		
		1		1											
7					6										
		1													
								2			1		7		
								3							
		5									39				
					38	3				13	5				
		1						2							
	3												21		
1307	675	1837	600	1502	2525	394	1038	1327	904	759	1900	1244	1212	779	

Urológiai fekvőbeteg-ellátást végző intézmények 2013		Progresszivitás: 2						
	Műtétek	Kecskemét	Miskolc és Lithoterápiás Intézet	Vidék				
				Nagykanizsa	Nyíregyháza	Salgótarján	Siófok	Sopron
139.	Mikrosebészeti tubuloostomia vagy vasoepididymostomia							
140.	Here, mellékhere és funiculus műtéte egyéb	9	14	14	18	4	2	
141.	Phimosz miatt végzett műtétek	170	86	31	87	23	41	76
142.	Reszekció penis							
143.	Amputatio penis	2	3		4	1		1
144.	Emasculinatio							
145.	Chordectomia penis (önálló műtétként)							
146.	Hypospadiasis rekonstrukciós műtéte				8			
147.	Epispadiasis korrekció							
148.	Induratio péniszplasztika műtéte							
149.	Priapismus miatt végzett műtétek (Wintershunt)							
150.	Priapismus miatt végzett műtétek (ElGhorabshunt)							
151.	Intersex állapot műtéte							
152.	Erekciós zavarok műtéte							
153.	Implantatio prothesis penis – malleabilis							
154.	Implantatio prothesis penis – inflatabilis							
155.	Pénisz egyéb műtétei	9	44	16	18		2	
156.	Biopsia prostatae	180	260	75	354	6	19	166
157.	Biopsia penis	3		1	1			1
158.	Sebészi spermiumnyerés heréből – conventionalis TESE				1			
159.	Sebészi spermiumnyerés heréből – multifocalis TESE							2
160.	Mikrosebészeti spermiumnyerés heréből – microTESE							
161.	Mikrosebészeti spermiumnyerés mellékheréből – MESA							
162.	ESWL vesekő	190	928	229	294	2	22	165
163.	ESWL ureterkő	46	278	41	342	10	26	167
164.	Herniotomia				3	1		2
165.	Egyéb sebészeti műtétek	15	3		1	1	5	
166.	Nőgyógy. műtétek (collum amputáció, hysterectomia, petef.-eltávolítás)							
167.	Colporraphia anterior							
168.	Colporraphia posterior							
169.	Sacrocolpopexia nyíltan vagy laparoszkóposan háló nélkül							
170.	Medencefenéki rekonstrukció hüvelyi úton háló felhasználásával							4
171.	Medencefenéki rekonstrukció nyílt műtéttel háló felhasználásával							
172.	Medencefenéki rekonstrukció laparoszkóposan háló felhasználásával							
173.	Hüvelyi obliterációs műtét							
174.	Excisio, exstirp.	12		14		1		5
175.	Egyéb nyílt műtét							
176.	Egyéb laparoszkópos műtét							
	Mindösszesen	1783	2412	1017	2455	521	447	1113

Progresszivitás: 2										
Vidék										
	Szekszárd	Szentés	Székesfehérvár	Szolnok	Orosháza	Tatabánya	Veszprém	Zalaegerszeg	Esztergom	Összesen
										1
	8	11	5			17	29			407
	59	127	50	40	52	41	243	76	32	3244
						5	1			77
			1		1	2	2	1		56
					2	1				6
										22
							8			55
										1
						4				30
										9
										1
										1
										1
										1
										3
	15			7		13	5		1	383
	65	64	138	78	37	52	259	166	33	6244
	2	1				2	2	1		88
										130
							7	2		38
										30
										8
	151	114	214	413	121	141	138	165	52	8155
	120	73	43	140	87	68	58	167	36	4486
			9	16	16	4	28	2		420
	5	71	10	13		14	33			324
				1		1				33
							1			96
										5
										2
				8				4		47
										19
										111
										3
	3	12				28	6	5		208
		1	6			9	5			81
							17			77
	985	1172	1217	1421	617	1152	1965	1113	332	61 221

AZ EURÓPAI UROLÓGUS TÁRSASÁG UROONKOLÓGIAI SEKCIÓJA (ESOU) 12. KONGRESSZUSA 2015: SZEMÉLYRE SZABOTT TERÁPIA ÉS AZ UROONKOLÓGIA JÖVŐJE

2015. január 16–18. között Münchenben került sor az Európai Urológus Társaság Uroonkológiai Szekciója (ESOU) 12. Kongresszusára.

A 28. Fűvészkerti Urológus Napok Urofarsang rendezvényén tartott Post ESOU Szekció keretében összefoglalók hangzottak el a kongresszus fő témáiból.



MAURIZIO BRAUSI ELŐADÁSÁNAK ÖSSZEFOGLALÁSA

(BRAUSI PROFESSZOR, AZ ESOU ELNÖKE ENGEDÉLYÉVEL)

Nyirády Péter dr.

Semmelweis Egyetem ÁOK, Urológiai Klinika és Uroonkológiai Centrum, Budapest (igazgató: Nyirády Péter dr.)



A 28. Fűvészkerti Urológus Napokon egy új szekciót (post ESOU) indítottunk, amely szervek szerint csoportosítva számolt be az ESOU Kongresszuson elhangzott újdonságokról. A szekciót *Maurizio Brausi* professzor, az ESOU elnöke nyitotta meg, az európai uroonkológia jelenéről és jövőjéről tartott előadásával. Az alábbiakban foglalom össze prezentációjának főbb mondanivalóját.

Az uroonkológia jelene

Hasonlóan az Amerikai Urológus Társasághoz (AUA), az Európai Urológus Társaság is az uroonkológiát az urológia részének, annak szubspecialitásának tartja. Az uroonkológia az urológiai daganatos megbetegedések epidemiológiájával, kórismézésével és teljes körű kezelésével foglalkozó szakterület, amely Európában az urológiai osztályok betegellátásának

50-60%-át teszi ki. Ezért az uroonkológia kiemelt szerepet játszik társaságunk életében és nagyon komoly hatással bír a betegek túlélésére, életminőségére és a kezelési költségekre. Számos társaság foglalkozik uroonkológiával úgy, mint ESMO (European Society of Medical Oncology), ESO (European School of Oncology), ESRO (European Society of Radiation Oncologist), EORTC (European Organization for Research and Treatment of Cancer), ESSO (European Society of Surgical Oncology), ESOU (European Section Oncology-Urology), ESU (European School of Urology). Egy olyan új attitűd kezd kibontakozni, hogy a klinikai onkológusok át próbálják venni az urológusok helyét egyes urológiai betegségek kezelésében, mint prosztatarák (aktív megfigyelés, kasztráció-rezisztens állapot), vesesejtes rák (neoadjuváns és adjuváns kezelés). Több európai országban az a szerencsétlen helyzet alakult ki, hogy számos onkológiai gyógyszer felírásából kizárták az urológusokat, így urológiai sebészeti beavatkozások után másik

orvoshoz kell fordulniuk további segítségért. Ez azt eredményezte, hogy a betegek nem (mindig, illetve nem mindig időben) jutnak a legmegfelelőbb és a legjobb kezeléshez. Tanulság mindebből, hogy a jövőben is uroonkológiában járatos, szakmailag alaposan felkészült urológusnak kell vezetni bármely urológiai daganat kezelését és meghatározni a stratégiát. Ugyanakkor nagyon sok urológus hozzáállása sem megfelelő, mert a kórszövettani vizsgálatot követően konzultáció nélkül a betegeket csak továbbküldik adjuváns kezelésre a klinikai onkológushoz. Mindez késedelemhez, többletköltséghez vezet. Nem beszélve a beteg fokozott félelméről.

Az uroonkológia jövője

A jövő egyértelműen a nagy III. fázis vizsgálatokat (EORTC-Gu Group studies on Prostate cancer, Bladder cancer and RCC) felváltó, a tumor típusának és működésének pontosabb megértését célzó és sokkal specifikusabb, személyre szabottabb ellátás irányába mutat. A rendkívül költséges fázis III vizsgálatokban tesztelt univerzálisan minden betegre és betegségre ható szerek helyett egyre több fázis I és II kísérlet várható. Ezen vizsgálatok hivatottak lesznek biomolekulák, receptor-expressziók, gének analízisére és keringő tumorsejtek segítségével egyénre és daganatra szabottabb kezelést nyújtani. Legelső között a közelmúltban kezdődött meg Németországban a prosztata- és húgyhólyagtumor minden érintett szakma bevonásával való együttes kezelése, amely magába foglalja a kivizsgálást, a staginget és a kezelést is. Az Egyesült Királyságban a National Institute for Clinical Excellence (NICE) deklarálta, hogy az urológiai daganatos betegeket olyan urológia központokban kell kezelni, ahol a teljes folyamathoz szükséges szakemberek és feltételek rendelkezésre állnak. Elindult egy európai program is prosztatarákos betegek ellátására, melynek célja:

- javítani az európai standard prosztatarákos ellátást,
- elindítani egy európai prosztatarákra specifikus szakvizsgálatot,
- meghatározni a magas szintű ellátó központokat,
- melyekben biztosítani kell a rendszer minőségi ellenőrzését.

Az uroonkológiai szakvizsgarendszer kidolgozásában az alábbi szervek együttműködésére lehet számítani: ESO (European School of Oncology), ESOU (European Section Onco-Urology), EORTC (European Organization for Research and Treatment of Cancer), German Oncology-Urology Association, Europa Uomo (prostate Cancer advocates), European Association of Nurses, National Institution of Health (NICE-UK).

A prosztatarák központokban minimum feltételeknek kell megfelelni úgy, mint epidemiológiai és klinikai adatgyűjtés, alkalmasnak kell lenni egyaránt az újonnan diagnosztizálttól és az előrehaladott prosztatarákos betegeknek teljes körű ellátására, klinikai- és alapkutatót kell végezni, graduális és posztgraduális képzést kell nyújtani és saját költségvetéssel kell rendelkezni.

Az Európai Prosztatarák Központok nagyméretű kórházakban és egyetemi klinikákon jöhetnek létre, legalább 300 000-res ellátó körzettel, ahol legalább évi 100 prosztatarákos beteget kezelnek. Minden kezelést, megfigyelést és protokollt a központ orvosi csapata végez. A diagnózist, patológiai eredményt, sebészi ellátást, radioterápiát, brachyterápiát, hormon-

kezelést, aktív megfigyelést és követést gondosan dokumentálni kell úgy, hogy az bármikor rendelkezésre bocsátható legyen ellenőrzéskor. Minden évben önauditot kell végezni, ahol igazolni kell, hogy a terápiás döntést a meglévő protokollok szerint a csapat jóváhagyta.

Az Európai Prosztatarák Egységek alapfeltétele, hogy a radiológusnak specialistának kell lennie a prosztatarák diagnosztikában, ismernie kell és járatosnak kell lennie mindegyik vizsgálmódszerben, továbbá ezen területen folyamatosan képeznie kell önmagát. Mindenkinek részt kell venni a radiológiai esetbemutatáson. A csapat klinikai vezetője, aki bármely érintett szakma képviselője lehet, koordinálja a működést. Az urológusoknak prosztatarák specialistának kell lenniük, idejük kb. 50%-át kell prosztatarákkal tölteni és az osztályon legalább évi 50 radikális prosztataeltávolítást kell végezniük. A radioterapeutának is felkészültnek kell lennie a területen, idejének felét prosztatarák kezelésével kell töltenie és legalább évi 50 radioterápiát és 15 brachyterápiát kell végeznie. A specializálódott klinikai onkológus idejének legalább 30%-át prosztatarákos betegek ellátásával tölti. Az uro-patológusnak ismernie kell az európai prosztatarák irányelveit, legalább 150 bióptátumot kell évente értékelnie és idejének 30%-át prosztatarákos szövetminták vizsgálatával kell töltenie. Legalább egy szakavatott nővérnek, informatikusnak, radioterapeutának, fizioterapeutának, palliatív kezelés specialistának és adminisztrátornak kell lennie a csapatban.

Nem feltétlenül szükséges a csapatba, de indokolt esetben elérhetőnek kell, hogy legyen pszichológus, andrológus, szexológus, geriáter szakember és betegjogi képviselő.

Minden esetet a munkacsoport minden résztvevőjével meg kell vitatni és meg kell határozni a kezelési lehetőségeket, amelyek közül végül a beteg a preferenciája szerint választ.

Cselekvési terv

Hamarosan megjelenik az Európai Urológia hasábjain a Prosztatarák Centrum minimál feltétele, amelyet követően az EAU, ESOU és ESO közösen felterjeszti az Európai Parlamentbe a javaslatát és elfogadás után lehetséges elindulhat Európa-szerte a központok kialakulása és működése.

A jövőben várható, hogy az uniformizált ellátás helyét a személyre- és daganatra specifikus kezelés veszi át, amelyet a translációs kutatások egyre gyorsabban és hatékonyabban tudnak segíteni. A fentiekben leírt multidiszciplináris kezelés Európa minden országában remélhetőleg elindul, ahol mindenütt a jól felkészült urológus vezeti a csapatot.

Következtetések

Összefoglalva fel kell készülnünk hazánkban is a Prosztatarák Centrumok megalapítására, amelyek a közelmúlt és jelen prosztatarák-kezelés minőségi és mennyiségi mutatói alapján kerülhetnek regionálisan kijelölésre. Urológusként elengedhetetlen feladatunk idejekorán felkészülni az érintett más szakmákkal való együttműködésre és folyamatos képzéssel a legújabb irányelvek bevezetésére.

VESEDADAGANATOK

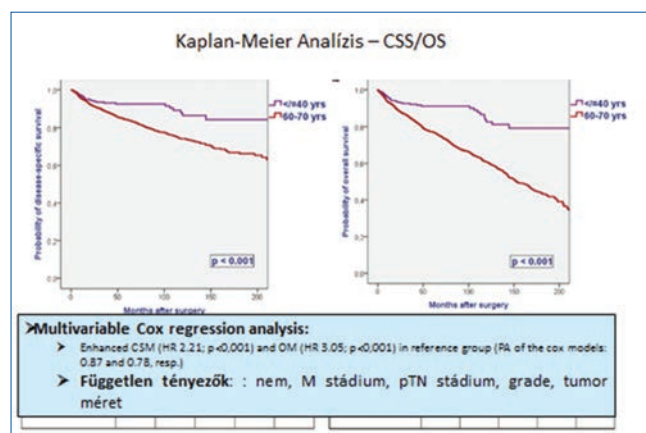
Szűcs Miklós dr.

Semmelweis Egyetem ÁOK, Urológiai Klinika és Uroonkológiai Centrum, Budapest (igazgató: Nyirády Péter dr.)

A 2015-ös ESMO kongresszuson viszonylag szerény arányban képviseltették magukat a vesedaganattal foglalkozó előadások. Rövid összefoglalóban a számomra leginkább érdeklődést kiváltó témákat sorolom fel.

Corona adatbázis

Csaknem tucatnyi centrum adatait összegezte *Sabine Brookman-May* összefoglalója. Az irodalomból ismert adatok összegzése még közelebb vihet minket a vesedaganatok pontosabb megismeréséhez. Több mint hatezer sebészileg ellátott beteg 3 éven túli átlagos követése alapján érdemes volt elemezni a nemek közötti megoszlását klinikopatológiai szempontok alapján. Legfőbb szempont a daganatspecifikus és átlagos túlélés voltak. A nemek között a világossejtes vesedaganat (RCC) megjelenésében bizonyított különbségek voltak. Megállapításai alapján a chromophob RCC férfiaknál kevesebb, a papillaris RCC viszont gyakoribb. Szignifikáns különbség mutatkozott tumorspecifikus túlélés (CSS) (HR 0,75, $p < 0,001$) és teljes túlélés (OS) vonatkozásában (HR 0,80, $p < 0,001$) a hölgyek előnyére, ez azonban csak M0 esetekben volt statisztikailag kimutatható. Sebészileg kezelt ≤ 40 év betegeknél a klinikai és a patológiai prognosztikus paraméterek kedvezőbbek, mint 60-70 éveseknél, itt szignifikánsan jobb OS és CSS eredmények mutatkoztak.



Tovább folytatódott ez a tendencia a ≥ 80 éves betegeknél, a CSM and OCM mutatók rosszabbak voltak, mint a 60–70 év közötti populációban. Természetesen további vizsgálatok szükségesek az adatok elemzésére (pl. tumornecrosis, molekuláris/genetikai markerek, de valós oka lehet a komorbiditási faktorok, a kezelés különbözősége is).

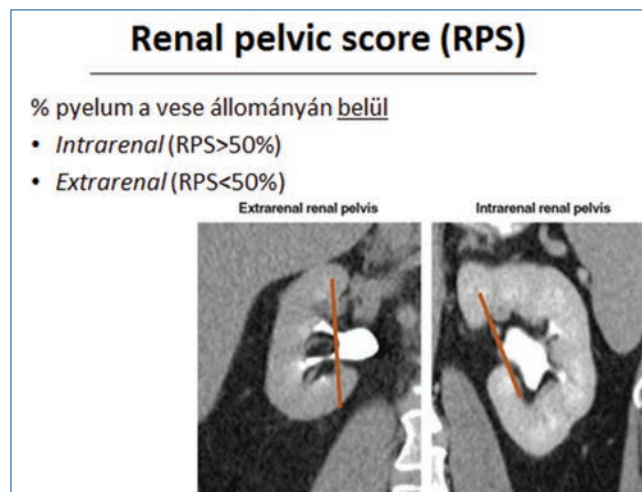
További érdekes elemzés tárgya lehet a különböző vesedaganatok patológiai elemzése is. A *chromophob sejtes daganatok* aránya 5% alatti, mégis a harmadik leggyakoribb vesedaganat típus. Fiatalabbaknál (60 vs. 63,2 év; $p < 0,001$) nőknél gyakoribb (50 vs. 41%; $p = 0,005$). Szignifikánsan kevesebb áttétet adnak

(3,5 vs. 7,1%; $p = 0,023$), ugyanakkor kevesebb $\geq pT3$ (24,7% vs. 30,5%; $p = 0,047$), pedig felfedezésüknél méretük hasonló, mint a ccRCC-betegeknél. A sarcomatoid dedifferenciálódás és a gyűjtőcsatorna-daganatok viszont egyértelműen kedvezőtlenül befolyásolják a daganatspecifikus túlélést.

Érdekes témaválasztás volt a pT2-es daganatok aktív követési stratégiájának értékelése. Régóta tudott, hogy az aktív surveillance (AS) opció a klinikai T1a vesedaganat esetén, cT1b és cT2 vesedaganatok azonban nehezen karakterizálhatóak ilyen szempontból. Nagyobb betegszám követése kapcsán úgy tűnik, hogy *cT1b/cT2 vesedaganatoknál az AS-növekedés hasonlós volt cT1a daganathoz.*

Vesereszekció tervezése

■ Tanulásokkal szolgáló téma volt a pyelum anatómiájának vizsgálata tervezett vesetumor-reszekció esetén. A téma aktualitását az adja, hogy egyre nagyobb daganatok esetén is kísérletet tesznek a vese megőrzésére. Több szép videót láthattunk centrális vesedaganatok eltávolításáról. A vizeletes ázás a parciális nephrectomia egyik szövődménye lehet, amely az esetek 1-20%-ában fordul elő. A daganat komplexitása több értékelés alapján történhet (RENAL-, PADUA-modellek), ezek azonban a pyelum anatómiáját nem vették figyelembe.

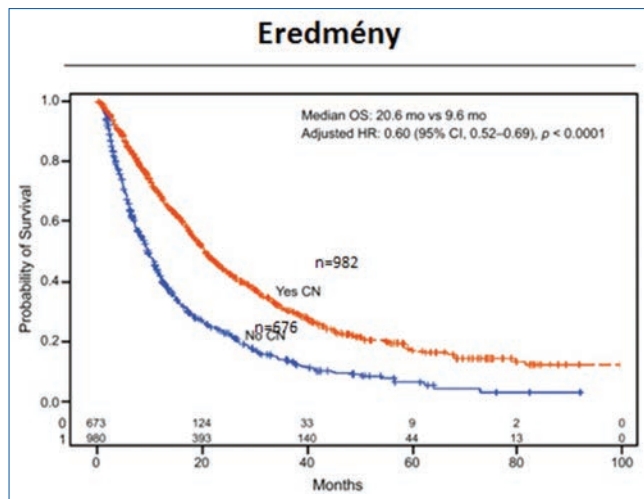


■ A pontos anatómiai ismeret hasznos lehet, hiszen az intrarenális pyelum esetén a vizeletes ázás többszörös lehet, amely közel tízszer gyakoribb későbbi beavatkozást tesz szükségessé.

Citoreduktív nephrectomia

Számomra talán legérdekesebb téma a citoreduktív nefrektómia indikációjának vizsgálata volt. Az immunkezelések korszakában egyértelműen igazolták, hogy áttétes vesedaganatoknál

is előnyt jelent a nefrektómia elvégzése, kérdés volt, hogy áll-e ez a megállapítás a korszerű célzott kezelések korszakában?



A válasz egyértelmű: igen. További alcsoport-elemzések azt mutatták azonban, hogy azon betegeknél, ahol a várható életkilátás <12 hónap és ≥ 4 IMDC prognosztikus csoportba sorolandók a vese eltávolítása már nem hoz előnyt.

Ritkán tárgyalt téma a helyi recidívák kezelése radikális/parciális nephrectomia után. Ez előfordulhat bármelyik típusú vesedaganat eltávolítása után, nagymértékben hajlamosít a pozitív sebészi szél és a dedifferenciált daganat jelenléte. Viszonylag kisszámú adatok elemzése alapján bizonyítottnak látszik, hogy amennyiben a lokális recidíva szoliter, sebészi eltávolítása feltétlenül ajánlott. További prospektív elemzéseket igényel, hogy ezen beavatkozás előtt vagy után történjék-e célzott gyógyszeres kezelés. Ugyancsak ritkán elemzett téma a vesedaganatok késői relapszusa.

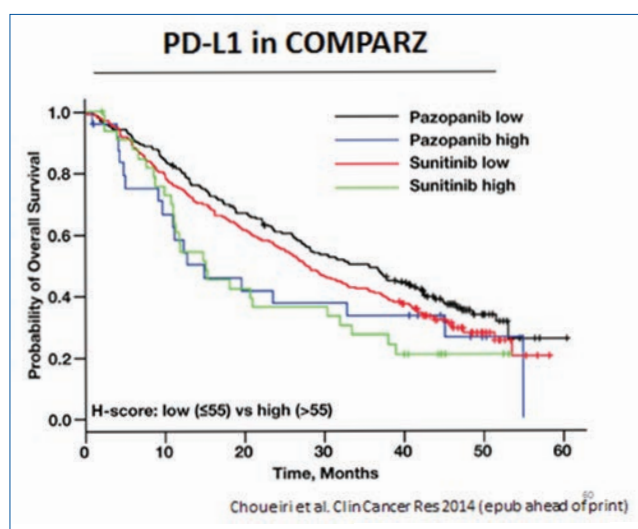
Több rizikófaktor vizsgálatát követően megállapítható, hogy a patológiai stádium, és a daganat differenciáltsága mellett a tumorban látható nyirokinvázió is szerepet játszhat a relapszusok kialakulásában.

Multivariate logistic regression analysis			
Parameter	OR (95% CI)	p	Point value
Age at surgery	1.00 (0.99 - 1.01)	0.528	-
Female Gender (Ref: male gender)	0.86 (0.67 - 1.09)	0.210	-
ccRCC (Ref: non-ccRCC)	1.24 (0.91 - 1.71)	0.177	-
LVI (Ref: LVI absent)	3.07 (2.24 - 4.21)	<0.001	2
FG 3-4 (Ref: FG 1-2)	1.60 (1.22 - 2.11)	0.001	1
>pT1 (Ref: pT1)	2.28 (1.73 - 3.01)	<0.001	2
pN+ (Ref: pN0/pNx)	1.80 (0.47 - 6.88)	0.392	-
constante	0.015	<0.001	

Gyógyszeres kezelés

Ebben az évben több klinikai vizsgálat eredményei kerültek publikálásra.

A Comparz trial olyan szempontból is érdekes, hogy a már hazánkban is elérhető két elsővonalas szer, a sunitinib és a pazopanib hatásosságát vetette össze. Jól ismert már a non-inferior vizsgálat üzenete: a két szer azonos hatású progresszió és túlélés vonatkozásában. Alkalmazásukat legtöbbször a beteg társbetegségei és gyógyszer mellékhatásprofil befolyásolja. Érdekes elemzés azonban, hogy a két szer hatásossági mutatói között milyen szerepet játszik a programozott sejthalál (PDL-1) génstruktúra jelenléte.



Ezt azért is tartom kiemelt jelentőségűnek, mert egyéb, nemcsak urológiai daganatok esetén is fontos szerepe lehet ennek a paraméternek az ismerete, befolyásolására már több vegyület komplexumot vizsgálnak eddig negatív eredménnyel. Reményeink szerint viszont ez talán a célzott daganatgátló kezelés egyik mostani legnagyobb ígéretének számíthat.

A másik most befejeződött vizsgálat a RECORD-3 az elsővonalas kezelés szekvenciájára vonatkozott. A sunitinib-everolimus sorrend eredményei felülmúlták a fordított sorrendét, jól mutatva, hogy a tirozinkináz-MTOR-szekvencia nemcsak finanszírozási szempontok miatt állja meg a helyét. Ugyanez érvényes az Intorsect-vizsgálatra is, amely a másodvonalbeli kezelés szekvenciáját vizsgálta. Itt a sorafenib felülmúlt a temsirolimus hatásosságát.

Következtetések

Meglepő újdonságot nem hozott ez a kongresszus a vesedaganatok kezelésében, összefoglaló elemzései azonban lehetőséget nyújtottak ezen nehezen kiszámítható daganat viselkedésének megértésére.

ÚJDONSÁGOK AZ UROONKOLÓGIÁBAN – PROSZTATARÁK 2015

Riesz Péter dr.

Semmelweis Egyetem ÁOK, Urológiai Klinika és Uroonkológiai Centrum, Budapest (igazgató: Nyirády Péter dr.)

Az elmúlt évekhez hasonlóan továbbra is a prosztatatarákkal kapcsolatban jelenik meg a legtöbb új információ az urológiai daganatok közül. Ez a tendencia több okra vezethető vissza, ami közül minden bizonnyal a legfontosabb, hogy a leggyakoribb urológiai malignomáról van szó. Mindemellett nem lehet csak a magas incidenciára visszavezetni azt, hogy 2014-ben és 2015 első hónapjaiban is fontos új ismeretekkel gyarapodhatunk. A megismert közlemények között természetesen vannak magas evidenciával rendelkező munkák, hosszú időn keresztül zajlott klinikai vizsgálatok és vannak kezdeti, egyelőre biztató eredményeket mutató publikációk.

Szűrés

A sokszínűségét a prosztatatarákkal foglalkozó közleményeknek az adja, hogy a szerteágazó kutatások között találkozhatunk a szűréstől kezdve, egészen a metasztatikus kasztrációrezisztens, gyógyíthatatlan beteg fájdalomcsillapításáig foglalkozóval. Régi törekvés a prosztatatarák szűrésének fejlesztése, az, hogy a PSA-alapú szűrés/korai felismerés hatékonyságát növelni tudjuk. Amióta a PSA-vizsgálatot bevezették és az urológusok eszköztárába kerülhetett, tudjuk, hogy a hatalmas segítség mellett, a hamis pozitív eredmények miatt sok problémának a gyökerét is adja. A cél, hogy a daganat felismerésében magasabb szenzitivitású és specifitású módszer álljon rendelkezésre és lehetőség szerint a klinikailag szignifikáns, nagyobb volumenű és/vagy magas Gleason-score-al rendelkező rákot mutassa ki. Sokak szerint az előrelépést a genetikai vizsgálatok fogják meghozni. 2014-ben ismertették az IMPACT study kezdeti biztató eredményeit, amely így az első prospektív vizsgálat, amely a germline genetikai markerek előnyét mutatta a magas rizikójú prosztatatarák azonosításában (1). 2481 férfínál végeztek célzott prosztatatarák szűrést a BRCA1 (breast cancer 1) és BRCA2 (breast cancer 2) mutáció vizsgálatával. A 3,0 ng/ml-es PSA-érték felett végeztek biopsziát, így az összes betegre vetítve 8% (119 eset) volt a biopsziák aránya.

A pozitív prediktív értéket jelentősen emelte a BRCA2 vizsgálata (48% vs. 33%) és a BRCA1 vizsgálata (37% vs. 23%). Az előzetes eredmények alapján a PSA-szűrést BRCA2-vizsgálattal kiegészítve növelhető a klinikailag szignifikáns prosztatatarák felfedezése (1. táblázat).

MRI-célzásos biopszia

Nagyszámú közlemény születik a diagnosztika pontosításáról, ahol elsősorban a MRI-vizsgálat áll a középpontban, illetve az MRI-célzással végzett, vagy megtervezett szövettani vizsgálat. Jelenleg azonban a diagnosztikában igazán komoly előrelépésnek számító (3-Tesla) multiparametrikus-MRI vizsgálókészülékek elérhetősége még a legfejlettebb egészségüggyel rendelkező országokban sem teljes, illetve érzékenységeinek határt szab az, hogy milyen felkészültségű radiológus értékeli. Mindenesetre, *Hu és munkatársainak* közleménye ismét megerősíti az MRI előnyét a konvencionális UH-vezérelt biopsziával szemben. Vizsgálatukban azt a kérdést teszik fel, hogy MRI célzott prosztatata-biopsziával jobban kiválaszthatóak-e azok a betegek, akik alkalmasak az aktív követésre, illetve az Epstein-kritériumok alkalmasak-e még a rizikóbesorolásra (2)?

Azoknál a férfiaknál, akiknél a biopszia alapján alacsony kockázatú prosztatatarákot diagnosztizált, multiparametrikus-MRI-ultrahang-fúziós megerősítő biopsziát végeztek. Eredményeik szerint gyakrabban volt kimutatható az Epstein-kritériumokat meghaladó daganat, így egyrészt az MRI alkalmazásának az előnyét igazolták az agresszívebb daganatok kimutatásában, másrészt véleményük szerint az adataik arra utalnak, hogy az Epstein-kritériumokat újra kell értékelni az aktív surveillance indikációjával kapcsolatban.

Radikális prostatectomia vagy watchful waiting

A szövettani és képalkotó-vizsgálatokkal igazolt szervre lokalizált prosztatatarák esetében továbbra is a helyét keresi a kezelési stratégiák között az aktív követés. A több mint 20 éve indított, Skandinavian Prostate Cancer Group Study 4 (SPCG-4) vizsgálat, 18 évet összesítő eredményeinek megismerése segítséget nyújt a tájékozódásban, de egyértelmű, mindenkire igaz konklúziót nem lehet belőle levonni. A radikális prostatectomia vagy watchful waiting a korai prosztatatarákban című dolgozatukban átlagosan 12,4 évig követett 695 beteg adatait értékeli (3).

A tanulmány erősségei közé tartozik, hogy randomizált, hosszú a követési idő, és az, hogy a prosztatataráktól független ha-

1. TÁBLÁZAT: CÉLZOTT PROSZTATARÁK SZŰRÉS EREDMÉNYE A BRCA1 ÉS BRCA2 MUTÁCIÓ VIZSGÁLATÁVAL (IMPACT-VIZSGÁLAT)

Gén	BRCA1 +	BRCA1 –	BRCA2 +	BRCA2 +
Betegek száma	791	531	731	428
Pozitív biopsziák száma	18	10	24	7
A biopszia pozitív prediktív értéke (%)	37,5	23,3	48,0	33,3

A Xofigo felnőttek tüneteket okozó csontáttétet, castratio-rezisztens prosztatarákjának kezelésére javallott, ha nem ismert visceralis áttét.



A Xofigo® bemutatkozik

Meghosszabbítja az életet. Célzott csontáttét kezelés.

Az első és egyetlen célzottan a csontáttétre ható izotópkezelés, amely meghosszabbítja a teljes túlélést castratio-rezisztens prosztatarákban

- 30%-al csökkenti a halálozás kockázatát a placeboval szemben¹
- 3,6 hónap növekedés medián teljes túlélés tekintetében
(14,9 hónap vs. 11,3 hónap ; HR=0,695; 95% CI: 0,581-0,832)¹
- Az első tünetes csonteseményig eltelt időt 5,8 hónappal meghosszabbítja
(15,6 hónap vs. 9,8 hónap; HR=0,66; 95% CI: 0,52-0,83)²
- 4 hetente, 1 perces intravénás injekció, 6 alkalommal¹

További információ: www.xofigo.com

Xofigo 1000 kBq/ml oldatos injekció (A gyógyszer felírása előtt az orvosnak el kell olvasnia az adott készítmény alkalmazási előírását).

Összetétel: Hatóanyag: rádium-223 diklorid, 1000 kBq/ml, amely a referencia dátum alkalmával 0,53 ng rádium 223-nak felel meg). Injekciós üvegenként 6 ml oldat (6,0 MBq rádium 223 diklorid a referencia dátum alkalmával). **Segédanyagok:** Injekcióhoz való víz, nátrium-citrát, nátrium-klorid, hígított sósav. **Javallat:** Felnőttek tüneteket okozó csontáttétet, castratio rezisztens prosztatarákjának kezelésére javallott, ha nem ismert visceralis áttét. A Xofigo-t kizárólag a radioaktív gyógyszerek kezelésére engedéllyel rendelkező személyek, a célra kijelölt klinikai létesítményekben adhatják be. **Ellenjavallatok:** Nincsenek ismert ellenjavallatai. **Figyelmeztetések és óvintézkedések:** Beszámoltak csontvelő szuppresszióról, leginkább trombocytopeniáról, neutropeniáról, leukopeniáról és pancytopeniáról. A teljes kezelés megkezdése és minden adag alkalmazása előtt a betegnek hematológiai vizsgálatot kell végezni. Ha a standard kezelés ellenére az abszolút neutrofilszám (ANC) és hemoglobinszint értékek a Xofigo utolsó adagjának beadása utáni 6 héten belül nem állnak helyre, akkor a Xofigo-val végzett kezelés csak az előny-kockázat gondos értékelése után folytatható. Elővigyázatosan kell kezelni azokat a betegeket, akiknél a csontvelői rezerv, például korábbi cytotoxicus kemoterápia és/vagy sugárkezelés (EBRT) vagy a csont előrehaladott diffúz infiltrációja (EOD4; „superscan”) következtében, bizonyítottan csökkent, mivel ezeknél a betegeknél a hematológiai mellékhatások, mint például a neutropenia és a trombocytopenia megnövekedett incidenciáját figyelték meg. A korlátozott mennyiségű, rendelkezésre álló adat azt mutatja, hogy hasonló hematológiai profiljuk volt azoknak a betegeknél, akik a Xofigo után kaptak kemoterápiát, mint azoknak, akik a placebo után kaptak kemoterápiát. Crohn-betegség és colitis ulcerosa: a Xofigo széklettel való kiürülésének következtében, a sugárzás az akut gyulladással súlyosbodásához vezethet, ezért az ilyen betegeknél csak a haszon-kockázat alapos elemzése után szabad a Xofigo-t beadni. Kezeletlen fenyegető vagy már kialakult gerincvelő compressióban szenvedő betegeknél a standard kezelést el kell végezni a Xofigo kezelés megkezdése vagy folytatása előtt. Csonttörést elszenvedett betegeknél a Xofigo-kezelés megkezdése vagy folytatása előtt el kell végezni a törés ortopédiai stabilizációját. Biszfoszfonáttal és Xofigo-val kezelt betegeknél nem zárható ki az állkapocs osteonecrosis (ONJ) kialakulásának fokozott kockázata. Összehasonlítva a placebo karon lévő betegek 0,33%-val (1/301), a Xofigo karon lévő betegek 0,67%-nál (2/600) számoltak be ONJ eseteiről a fázis III vizsgálatban. Mindazonáltal, minden ONJ-ben szenvedő beteg részesült előzőleg vagy egyidejűleg alkalmazott biszfoszfonát kezelésben és előzőleg alkalmazott kemoterápiában. A Xofigo hozzájárul a betegek teljes, hosszú távú, kumulatív sugárkezelési dóziséhez, ezért a rák és örökletes defektusok fokozott kockázatával társulhat. A legfeljebb három évig tartó követéses klinikai vizsgálatok során nem jelentettek Xofigo miatt kialakult rákbetegséget. A beadandó térfogattól függően, ez a készítmény legfeljebb 2,35 mmol (54 mg) per adag nátriumot tartalmaz. **Nemkívánatos hatások, mellékhatások:** Nagyon gyakori: trombocytopenia, hasmenés, hányás, hányinger; Gyakori: neutropenia, pancytopenia, leukopenia, az injekció beadásának helyén fellépő reakciók; Nem gyakori: lymphopenia. **Kiadhatóság:** Korlátozott orvosi rendelvényre adható gyógyszer. **A forgalomba hozatali engedély jogosultja:** Bayer Pharma AG. 13342 Berlin. Germany.

Az alkalmazási előírás szövegének ellenőrzése: 2013 november 13.

Felírás előtt olvassa el a teljes alkalmazási előírást! A TB-támogatási kérelem folyamatban van.

▼ Ez a gyógyszer fokozott felügyelet alatt áll, mely lehetővé teszi az új gyógyszerbiztonsági információk gyors azonosítását.

Az egészségügyi szakembereket arra kérjük, hogy jelezzék bármilyen feltételezett mellékhatást.

*Xofigo alkalmazási előírás, 2013 november, EU/1/13/873/001 (<http://www.ema.europa.eu>)

*Parker C, Nilsson S, Heinrich D, et al. Alpha emitter radium-223 and survival in metastatic prostate cancer.

N Engl J Med. 2013;369(3):213-223.

L.HU.PH.SM.13.05.2014.0202

Bayer Hungária Kft.
1123 Budapest, Alkotás u. 50.
Tel.: 487 4100 • Fax: 212 1574

Xofigo®
radium Ra 223 dichloride
INJEKCIÓ

lálókat külön értékelik. Hátránya, hogy magas Gleason-score és PSA (<5,0 ng/ml) mellett is randomizálásra kerültek betegek, ha nem volt áttétük. Konklúziójuk szerint, minél hosszabb a követési idő, annál jobb a műtétes csoportban a túlélés, de az aktív surveillance egy jó alternatíva a megfelelően kiválasztott betegcsoportnak.

A nagy kérdés természetesen a megfelelő csoport meghatározásában van, amire a tanulmány nem ad pontos választ. Amennyiben a részleteket vizsgáljuk, 18 éves követés után az erektilis diszfunkció aránya 84% a radikális prostatectomiás csoportban és 80% a watchful waiting tekintetében, a vizeletvesztés aránya 41%, illetve 11%. A betegség további 18 éves kumulatív incidenciára vonatkozó adatait a 2. táblázat mutatja.

Radikális prostatectomia vagy sugárkezelés

Sok vizsgálat történik a műtét és sugárkezelés hatékonyságának összehasonlítása céljából, de az eredményeket befolyásolja, hogy nagyon nehéz homogén betegcsoportokat képezni, így korrekt következtetéseket levonni. A randomizált klinikai vizsgálatok alapján a radikális prostatectomia jobbnak tűnik az obszervációhoz képest a prosztatatarákos betegek többségében, főként a fiatalabb és közepes/magas rizikójú férfiaknál. Továbbá az is igaz, hogy jelenleg nincs randomizált klinikai vizsgálatot bizonyított evidencia a radioterápia előnyére az obszervációhoz képest.

Korai megfigyelés vizsgálatok radikális prostatectomiát előnyösebbnek találták, a sugárkezelésnél a szervre lokalizált stádiumban, különösen, ha szigorúan alkalmazták az onkológiai végpontokat. A legfrissebb adatok alátámasztják a prostatectomia előnyét a fiatalabb, közepes vagy nagy rizikójú daganattal kezelt betegeknél. Ez az a csoport, akik leginkább veszélyeztetettek a betegség későbbi progressziójára.

Adjuváns sugárkezelés, nyirokcsomó-metasztázis esetén

A következő izgalmas kérdésben, amiben az elmúlt években még bizonytalanok voltunk, mára evidenciaszintre emelkedő

bizonyítékokkal rendelkezünk. Melyik az a radikális prostatectomián átesett nyirokcsomó-pozitív beteg, akinél az adjuváns radioterápia előnyt jelent? *Abdollah és munkatársai* publikáltak a 2 centrumban, 1107 beteg bevonásával 1988–2010 között zajlott vizsgálatuk eredményeit, amiben a nyirokcsomók száma és a daganat karakterisztikája szerint képezték 5 csoportot (4). Azt találták, hogy 2 csoportnál adott terápiás előnyt az adjuváns sugárkezelés. Az úgynevezett alacsony volumenű nyirokcsomó-csoportban (2 db pozitív nyirokcsomó), amennyiben közepes, vagy magas grádusú volt a daganat (Gleason-score: 7–10), és a közepes volumenű nyirokcsomó-csoportban (3–4 db pozitív nyirokcsomó), a daganat grádusától függetlenül. Véleményük szerint nincs előnye a sugárkezelésnek a minimális volumenű nyirokcsomó-csoportban (1 db pozitív nyirokcsomó), a 2 db pozitív nyirokcsomó, de alacsony grádusú daganat esetén, illetve a magas volumenű nyirokcsomó-csoportban (5 db vagy több pozitív nyirokcsomó). Ez utóbbi esetben a hormonmegvonás a kezelési stratégia (3. táblázat).

PET-CT hatékonysága a prosztatatarák kiújulásának kimutatásában

A prosztatatarák kuratív kezelését követő relapszusnál, az áttétek kutatásában a PET-CT szerepe felértékelődni látszik, de a cholin mellett más molekuláris tracerek segítségét is igénybe veszik a kutatók. A legtöbb tanulmány a PET-CT-nek egyre nagyobb szerepet tulajdonít a prosztatatarák kiújulásának felderítésében, azonban felhívják a klinikusok figyelmét arra, hogy a megfelelő betegnél és a megfelelő időben kell elvégezni – azaz akkor, amikor már és még van terápiás konzekvenciája. Az, hogy mikor alkalmazzuk a PET-CT-t a beteg és a daganat jellemzőihez kell igazítani.

Megerősítést nyert, hogy a kimutatás sikere nagyban PSA-függő, magas a szenzitivitása, de jelenleg lényegesen drágább a többi képalkotóhoz képest (4. táblázat).

Az új tracer-ek tovább fogják javítani az érzékenységet (recidíva kimutathatóságát) és csökkenteni a vizsgálat negatív prediktív értékét. A legbiztosabb eredményeket az anti-3-18F-FACBC-vel érték el, amely anyagfelvétele összefüggést mutat a daganat funkcionális aktivitásával (5). A másik kiemelendő tracer, a

2. TÁBLÁZAT: RADIKÁLIS PROSTATECTOMIA VAGY WATCHFUL WAITING A KORAI PROSZTATARÁKBAN – SPCG-4 VIZSGÁLAT EREDMÉNYEI

A vizsgálat kezdetétől számított 18 éves követés után	Radikális prostatectomia után	Watchful waiting
Összes halálozás (%)	56,1	68,9
Prosztatárak okozta halálozás (%)	17,7	28,7
Androgén-megvonásos kezelés alkalmazása (%)	42,5	67,4
Sugárterápia (%)	49	63
Kemoterápia (%)	13	17
Metasztázis megjelenése (%)	26,1	38,3
Betegség progressziója (%)	40	60

3. TÁBLÁZAT: CSOPORTOK BEOSZTÁSA A POZITÍV NYIROKCSOMÓ ALAPJÁN (ABDOLLAH F. J CLIN ONCOL 2014; 10; 32 (35): 3939–47.)

Nyirokcsomó-csoport neve	Pozitív nyirokcsomók	Adjuváns sugárkezelés
Minimális volumenű	1 db	nincs előny
Alacsony volumenű	2 db alacsony grádusú daganat	nincs előny
Alacsony volumenű	2 db közepes, vagy magas grádusú daganat	előnyös
Közepes volumenű	3-4 db	előnyös
Magas volumenű	5 db vagy több	nincs előny

68Ga-labelled-PSMA-ligand. A PSMA (prosztata-specifikus membránantigén) egy II. típusú transzmembrán protein, amit a prosztatarák „overexpresszál”, beleértve az androgén független, előrehaladott és metasztatikus betegséget is (6).

Citoreduktív prostatectomia előnyének vizsgálatai

Csak évek múlva kapunk arra választ, hogy a metasztatikus prosztatarák esetén a prosztataeltávolítás és az áttétek sebészi kezelése kinél jelent túlélési és/vagy életminőségbeli előnyt. Azonban a citoreduktív radikális prostatectomiával kapcsolatban egyre több munkacsoport számol be eredményeiről. Hormonmegvonásra jól reagáló betegeknél az adjuváns kezelés után elvégzett citoreduktív prostatectomia javíthatja a teljes és a tünetmentes túlélést. A tanulmányok azonban kiemelik, hogy csak a jól kiválasztott betegeknél számolhatunk a fenti előnnyel, illetve azzal, hogy hatékonyan csökkentjük az alsó és a felső húgyúti komplikációk arányát. További kutatásokra van szükség, hogy meghatározzák ezt a megfelelő betegcsoportot (7).

Metasztatikus prosztatarákos betegek primer kemoterápiája, vagy primer sugárkezelése

Az elmúlt év újdonsága a gyógyszeres kezelés területén a nagyméretű áttéttel felfedezett prosztatarákos betegek primer kemoterápiája, de a hosszú távú eredmények még itt is váratnak magukra. A randomizált vizsgálatok tervezése során azt a megfigyelést tartották szem előtt a kutatók, hogy az agresszív típusú, metasztatikus prosztatarákban szenvedő betegek, a kezelésük során több időt töltenek kasztrációrezisztens állapotban. A hipotézis szerint már a felismeréskor sok a hormonrefrakter daganatsejt, illetve a betegek jobb általános állapotban vannak, amiért a primer kemoterápia előnnyel ke-

4. TÁBLÁZAT: A PET-CT HATÉKONYSÁGA A PROSZTATARÁK KIÚJULÁSÁNAK KIMUTATÁSÁBAN

A PET-CT hatékonysága a prosztatarák kiújulásának kimutatásában 3 fő faktortól függ		
Betegtörténet	Daganat tulajdonsága	Kiújulás helye
Multimodális kezelés	PSA-érték és változás a képalkotás időpontjáig	Helyi
Hormon-manipuláció	Prosztatarák grádus és agresszivitás	Nyirokcsomó
Képalkotás időpontja	Prosztatarák stádium és elsődleges kezelés	Csont

csegtethet. Jelenleg 2 nagy, multicentrikus randomizált vizsgálat zajlik – CHAARTED és GETUG 15 néven –, amelyekben az egyik karon a betegek csak hormonterápiát, míg a másik karon hormonterápiát és docetaxel kemoterápiát kapnak. Az első, köztes értékelő eredmények a docetaxel karon a teljes túlélés és a tünetmentes túlélés növekedését mutatják, a fiatalabb, „jobb” kondíciójú betegeknél (8, 9).

A STAMPEDE rövidítésű randomizált vizsgálatban a metasztatikus prosztatarákos betegek egyik karja hormonmegvonásban, másik karja hormonmegvonásban és sugárkezelésben részesül. Az eddig hozzáférhető adatok alapján a sugárterápia + ADT hatékonyságot mutat, a csak hormonmegvonáshoz képest. A pontos eredmények 2015 tavaszára várhatóak (10).

Metasztatikus kasztrációrezisztens prosztatarákos betegek gyógyszeres kezelése

A gyógyszeres terápiában is ugrásszerű előrelépéseknek vagyunk tanúi és a betegekkel együtt haszonélvezői. 2010 óta a kasztrációrezisztens prosztatarák kezelésében az eddig arany standardnak tekintett taxán kezelés mellett öt új készítmény áll az uroonkológusok rendelkezésére. 5-6 éve még nem gondolhattuk, hogy a metasztatikus kasztrációrezisztens prosztatarákos betegeinken több gyógyszerkészítménnyel segíthetünk. Ma már az életüket hosszabbíthatjuk meg, fájdalmaikat csökkenthetjük és a tünetmentes idejüket tudjuk kitolni. Jelenleg abban a szerencsés helyzetben vagyunk, hogy abban várunk segítséget a klinikai vizsgálatoktól, hogy melyik hatóanyagot válasszuk a többi ellenében, hisz önállóan mind az 5 készítmény bizonyította hatékonyságát. Olyan prediktív választ meghatározó faktorokra lenne szükség, amelyek abban adnak eligazítást, hogy az adott prosztatarákos sejtvonalnál melyik molekula a hatékonyabb. Jelenleg ilyen markerrel, amit a klinikai gyakorlatban általánosan alkalmazhatunk, még nem rendelkezünk. Vizsgálatok szerint többek között az androgénreceptor – AR-V7 variánsa – előre jelezheti az abirateron és az enzalutamid rezisztencia meglétét. Egy, betegszámát illetően kis tanulmány 75%-ban jelezte előre a rezisztens betegek arányát (11). Továbbá a gyógyszerválasztás so-

rán figyelembe kell venni a különböző terápiák mellékhatásprofilját és az anamnesztikus adatok alapján, illetve a beteg általános állapota szerint, ezt is szem előtt kell tartani. Az összefoglaló tanulmányok véleménye szerint a betegeket rendszeresen ellenőrizni kell, és nem elég csak a PSA-t követni, hanem az általános egészségügyi állapota, urológiai tünetei, és a mellékhatások jelenléte is befolyásolja a következő terápiás döntésünket.

Docetaxel kezelés után másodvonalban, abirateron-acetát, cabazitaxel, enzalutamid és radium-223 diklorid közül történhet a választás. A klinikai vizsgálatok alapján a gyógyszerek kevésbé hatékonyak másod- és azt követő vonalakban, mintha elsőként alkalmazzák. A jelenleg elérhető eredmények szerint, úgy tűnik, hogyha a kasztrációrezisztens prosztatarák jelentős tüneteket okoz, akkor kemoterápia ajánlott elsőként. Kevesebb tünet vagy tünetmentesség esetén az a cél, hogy új generációs hormonkészítményeket tudjunk biztosítani (pl. abirateron és enzalutamid) a betegeknek. Minden kezelés mellett folytatni kell a folyamatos hormonmegvonást. A gyakorlatban a gyógyszerválasztás döntésében figyelembe kell venni a betegség agresszivitását, a társbetegségeket, a betegek preferenciáit és a hatóanyagok elérhetőségét, mind a földrajzi, mind az egészségbiztosítási támogatottság szempontjából.

Következtetések

A fentiekből is érthető, hogy az uroonkológiai témájú tudományos kongresszusokon, klinikai vizsgálatokban, közleményekben a prosztatarák témája erősen dominál a többi daganathoz képest. Tovább lehetne idézni a jelenleg is aktívan vizsgált kérdéseket, de így is látható, hogy a prosztatarákkal foglalkozó

kutatók, legyenek azok epidemiológusok, radiológusok, urológusok, patológusok, onkológusok vagy sugárterapeuták, 2014-ben is megtették és várhatóan a következő években is sok új válasszal fogják gazdagítani az orvostudományt.

Irodalom

1. Bancroft EK, Page EC, Castro E, et al. Targeted prostate cancer screening in BRCA1 and BRCA2 mutation carriers: results from the initial screening round of the IMPACT study. *Eur Urol* 2014; 66(3): 489–99.
2. Hu JC, Chang E, Natarajan S, et al. Targeted prostate biopsy in select men for active surveillance: do the Epstein criteria still apply? *Urol* 2014; 192 (2): 385–90.
3. Bill-Axelsson A, Holmberg L, Garmo H, et al. Radical prostatectomy or watchful waiting in early prostate cancer. *N Engl J Med* 2014 6; 370(10): 932–42.
4. Abdollah F, Karnes RJ, Suardi N, et al. Impact of adjuvant radiotherapy on survival of patients with node-positive prostate cancer. *J Clin Oncol* 2014 10; 32 (35): 3939–47.
5. Nanni C, Schiavina R, Brunocilla E, et al. 18F-FACBC compared with 11C-choline PET/CT in patients with biochemical relapse after radical prostatectomy: a prospective study in 28 patients. *Clin Genitourin Cancer* 2014; 12 (2): 106–10.
6. Chakraborty PS, Kumar R, Tripathi M, et al. Detection of Brain Metastasis With 68Ga-Labeled PSMA Ligand PET/CT: A Novel Radiotracer for Imaging of Prostate Carcinoma. *Clin Nucl Med* 2015 Feb 11.
7. Faiena E, Singer A, Pumill C, et al. Cytoreductive prostatectomy: Evidence in support of a new surgical paradigm (Review). *Int J Oncol* 2014; 45 (6): 2193–2198.
8. Liaw BC, Shevach J, Oh WK. Systemic therapy for the treatment of hormone-sensitive metastatic prostate cancer: from intermittent androgen deprivation therapy to chemotherapy. *Curr Urol Rep* 2015; 16 (3): 486.
9. Gravis G, Marino P, Joly F, et al. Patients' self-assessment versus investigators' evaluation in a phase III trial in non-castrate metastatic prostate cancer (GETUG-AFU 15). *Eur J Cancer* 2014; 50 (5): 953–62.
10. James ND, Spears MR, Clarke NW, et al. Survival with Newly Diagnosed Metastatic Prostate Cancer in the "Docetaxel Era": Data from 917 Patients in the Control Arm of the STAMPEDE Trial (MRC PR08, CRUK/06/019). *Eur Urol* 2014 Oct 6.
11. Antonarakis ES. Predicting treatment response in castration-resistant prostate cancer: could androgen receptor variant-7 hold the key? *Expert Rev Anticancer Ther* 2015; 15 (2): 143–5.

HÚGYHÓLYAGRÁK

Bajory Zoltán dr.

Szegedi Tudományegyetem, Urológiai Klinika, Szeged (mb. igazgató: Pintér Olivér dr.)

A European Society of Oncological Urology 2015-ös kongresszusát Münchenben rendezte. Itt a különböző urológiai malignomák tematikus csoportosítása során idén is jelentős figyelmet szenteltek a húgyhólyagráknak, feldolgozva az elsősorban az elmúlt évben napvilágot látott eredményeket.

Célom, hogy ezen összefoglaló cikkel áttekintést adjak az ESOU 2015 kongresszuson hólyagtumor témában elhangzott előadások anyagából, így kiegészítve azt a folyamatosan megújuló tudásanyagot, amit a rendelkezésünkre álló magyar (1, 2) és európai irányelvek (3, 4), illetve a témában évről-évre megjelenő hazai publikációk (5, 6) biztosítanak.

Felszínes húgyhólyagtumorkok

Rieken és munkatársai egy multicentrikus vizsgálatban (7) az alacsony és közepes kockázatú, felszínes hólyagtumorkok esetén vizsgálták a TUR-műtéten átesett betegek sorsát intravesicalis azonnali kemoterápiás instilláció után, illetve anélkül. 1436 beteg került be a vizsgálatba. Az összes beteg 33,5 hónapos átlagos

utánkövetése során a betegek 42,7%-ánál jelentkezett legalább egy alkalommal recidíva. Többváltozós Cox regresszió analízis alapján az előrehaladott életkor, a 3 cm-nél nagyobb tumor-méret, a többszörös tumorok és korábbi recidíva mutatott összefüggést a tumorkiújulás emelkedett rizikójával. A kiújulás kockázata szignifikánsan magasabb volt a közepes kockázatú csoportban.

A progresszió vizsgálatának 67,2 hónapos átlagos utánkövetése során 6,7%-ban progrediált a betegség rosszabb stádiumba, illetve 4,7%-ban izominvazív daganat alakult ki. A magas életkor és a többszörös tumor mutatkoztak független rizikófaktorok a rosszabb stádiumba progrediálással összefüggésben, amíg a magas életkor és a megelőző recidíva bizonyult az izominvazívítás rizikótényezőjének.

A közepes kockázatú felszínes hólyagtumorkoknak szignifikánsan nagyobb a rizikója mindenféle progresszióra. Az egész vizsgálat során 3,1% tumorspecifikus halálozást regisztráltak és az 5 éves tumorspecifikus túlélést 98%-ra számították. A magas életkor, a megelőző recidíva növelte tumor-specifikus

halálozás rizikóját, amíg a női nem csökkentette azt. Az azonnali posztoperatív kemo-instilláció szignifikánsan csökkentette a recidívák előfordulását az alacsony kockázatú csoportban, amíg a teljes vizsgálatra, illetve a közepes kockázatú csoportra vizsgálva ezt nem tapasztalták.

Két további multicentrikus vizsgálat a közepes és magas kockázatú felszínes hólyagtumorsek és a BCG-kezelések összefüggéseit vizsgálta.

Oddens és munkatársai (8) egy EORTC GU-csoport vizsgálat betegadatait elemezték és vizsgálták az életkor összefüggéseit epirubicin, illetve BCG (INH-val, vagy anélkül) kezelt Ta, T1 közepes és magas kockázatú esetekben. 546 esetet elemeztek a BCG, amíg 276-ot az epirubicin karon.

A 9,2 éves átlagos utánkövetés során a BCG-kezelt betegek esetén az életkor nem befolyásolta a recidívák kialakulásának idejét, amíg a 70 évesnél idősebb betegek esetén szignifikánsan rövidebb volt a progresszióig eltelt idő, a teljes túlélés és a tumorspecifikus túlélés ebben a csoportban. A BCG-kezelés prioritása mutatkozott az epirubicinnal szemben a recidívák idejének, a progresszióknak, teljes és a tumorspecifikus túlélés tekintetében is.

A másik vizsgálatban *Gontero és munkatársai* (9) T1G3 tumoros betegek prognosztikai faktorait vizsgálták és azt, hogyan lehet meghatározni pontosabban a cystectomy várományos eseteket. A vizsgált betegek közül 51%-ban tapasztaltak recidívát, 19%-ban progrediált a folyamat izominvazívá, amíg 9%-ban ennél is előrehaladottabb stádium alakult ki. A betegek 21%-a került cystectomiára. 2451 beteg eredményeinek elemzése alapján a legfontosabb prognosztikai faktornak a mély lamina propria invázió bizonyult. Ugyanakkor az életkor, a tumorméret, a CIS is fontos tényező a prognosztikai faktorok közt. A tartós BCG-kezelés kedvezően befolyásolta az összes vizsgált következményt.

A vizsgálatban a betegeket 4 rizikócsoportba sorolták, attól függően, hogy hány előnytelen prognosztikai faktorról (70 év feletti kor, 3 cm-nél nagyobb tumor, CIS jelenléte) rendelkeztek. A 10 éves progressziós ráta 17,3%, 25,3%, 32,2% és 52% volt azoknál a betegeknél, akiknél 0, 1, 2, vagy 3 előnytelen prognosztikai faktor szerepelt. A tumorspecifikus túlélés szempontjából pedig két rizikócsoportba sorolták a betegeket, attól függően, hogy szerepelt-e esetükben a magas életkor és a nagy tumorméret, mint kedvezőtlen faktorok. Ha mindkét tényező jelen volt, akkor 31,7%, míg ha egy vagy egy sem volt jelen, akkor 12,9% volt a 10 éves túlélés.

Izominvazív és metasztatizáló húgyhólyagtumorsek

Izominvazív hólyagtumorsek elemzése kapcsán, *Bochner és munkatársai* (10) prospektív, randomizált, kontrollált vizsgálatban összehasonlították a robot asszisztált (RARC) és a nyílt (ORC) radikális cystectomiák 90 napos komplikációs rátáit, a sebészeti karakterisztikájukat és onkológiai eredményeket, a betegek által megadott életminőségi mutatókat és a költségeket. T4 és M1 stádiumnál kevésbé előrehaladott eseteket válogattak be (n=118). A vizelet-elterelési beavatkozások minden esetben nyílt módszerrel történtek.

A két módszer intraoperatív sebészeti karakterisztikáját illetően nem volt különbség. A 2-5 fokozatú komplikációk esetén hasonló (62%-66%) előfordulást tapasztaltak. A 3-5 fokozatú komplikációk előfordulási aránya az egész vizsgálatra vetítve 21% volt és nem volt különbség a két csoport közt. Intraoperatív komplikáció 5%-ban fordult elő, csoporttól függetlenül. A komplikációk fajtáiban sem volt különbség, leggyakrabban infekció fordult elő.

Az egyetlen különbség a sebgyógyulási zavarban jelentkezett, amely rosszabb volt a nyílt műtétek után. A műtéti vérvesztés a RARC-esetekben kevesebb volt, de átlagban 127 perccel hosszabb műtéti idő mellett. Az onkológiai eredményesség, a kórházi tartózkodás és az életminőség megítélése hasonlóan mutatkozott. A költségek átlagban 3920 dollárral alacsonyabban voltak a nyílt műtéti technika esetén.

Kemoterápiák

Az azonnali és a halasztott kemoterápia hatékonyságát vizsgálták pT3-4, pN1-3, M0 hólyagtumoros betegeknél egy EORTC-vizsgálatban *Sternberg és munkatársai* (11). A betegek központi randomizációja után vagy azonnali, 4 ciklus nagy dózisú MVAC-, vagy MVAC-kezelésben részesültek, illetve a másik karon, relapszus esetén 6 ciklus halasztott kemoterápiát kaptak. A teljes túlélés tekintetében nem mutatkozott szignifikáns különbség a két csoport között (53,6% vs. 47,7%), amíg az 5 éves progressziómentes túlélés kedvezőbb volt az azonnali kemoterápia után (47,6% vs. 31,8%). A progressziót követő túlélés viszont hosszabb volt a halasztott kemoterápiás csoportban. A csontvelő-szuppresszió, a neutropenia és thrombocytopenia jelentősebb volt az azonnal kemoterápiát kapók között. Egy másik, kemoterápiával foglalkozó, multicentrikus tanulmányban (12) különböző neoadjuváns rezsimsek hatékonyságát elemezték T2-4,N0,M0 hólyagtumoros betegek esetében. MVAC, GC és egyéb (GC és carboplatin, taxanok és más, cisplatinól eltérő platina alapú rezsimsek) csoportba sorolták a betegeket. Az eredményességet a T0, a részleges eredményességet a T1, Tis, Ta stádiumok elérésével mérték. A teljes és a tumorspecifikus túlélést vizsgálták.

Minden vizsgálati kritériumnak végül 935 beteg felelt meg. A teljes remissziót elérők aránya 24,5%, 23,9% és 15,4% volt az egyes csoportoknak megfelelően. A parciális remissziót elérők 44,8%, 43,7% és 25,2%-ban oszlottak meg. A T3 tumorstádium 33%-kal rontotta a komplett remisszió elérésének az esélyét. Nem mutatkozott szignifikáns különbség a patológiai válaszbán a GC és MVAC-rezsimsek között. A túlélés vizsgálata során a pozitív sebészi szél (HR:2,2), az egyéb neoadjuváns kemoterápiát kapók (HR: 1,6) és a parciális regresszió elérése (HR:0,25) bizonyultak szignifikáns prediktoroknak. Ennél a végpontnál sem találtak szignifikáns különbséget a GC- és MVAC-rezsimsek között.

Új kezelési módszerek

Recidíváló, BCG-kezelésen elbukott, magas kockázatú, felszínes hólyagtumoros betegek esetén az intravesicalisan adott kemoterápiák hatékonyságát korábban már leírták. *McKieran és munkatársai* (13) egy szisztémás kemoterápiaként már

elfogadott szer, nanorészecske albumin kötött paclitaxel intravesicalis hatékonyságát és mellékhatásprofilját mérték fel egy fázis II vizsgálatban. Ennek a kemoterápiás szernek 5-ször nagyobb a vízdékonysága mint a docetaxelnek és fokozott a tumorsejtekhez jutása az albuminreceptorokon keresztül. Az intravesicalis instillációkat hathétig hetente, majd hat hónapig havonta alkalmazták. 28 beteget vontak be a vizsgálatba. Minimális toxicitást (Grade 1-2) az esetek 32%-ában tapasztaltak, de egyetlen esetben sem kellett félbeszakítani emiatt a kezelést. A komplett remissziós ráta 35,7%-osnak bizonyult.

A metasztatikus húgyhólyagtumoros betegek kezelése napjainkban is nagy kihívást jelent és nem volt tapasztalható javulás sajnos az eredményességben az elmúlt 30 év során. Ismert folyamat, hogy az urothelialis tumorsejtek szomatikus mutációk sorozatán esnek át, ezáltal nagyobb hatékonysággal kerülnek el az immunrendszer támadásait. Ezen felül a tumorok mikrokörnyezete (elsősorban az aktivált T-sejtek) expresszálhatnak olyan programozott sejthalál-ligandokat, amelyek segítségével az immunrendszeri felfedezés, illetve tumorsejt-eradikálás gátolódik.

Egy tanulmányban Powles és munkatársai (14) biztató, új kezelési lehetőségről számoltak be metasztatikus hólyagtumoros betegeknél. Ennek során humán anti-PD-L1 monoklonális immunglobulin-G1-antitestek alkalmazásával gátolják a PD-L1 interakcióját a kötőhelyeivel.

A fázis I vizsgálat során 68, PD-L1 expresszáló tumorinfiltráló T-sejtes beteget részesítettek a kezelésben. A betegek többsége kemoterápiás előkezelésben részesült. A kezelésre adott válasz gyors volt (első hat hét) és szinte minden esetben megmaradt a tartós metasztázis méret csökkenés a vizsgálat lezárásáig. A kezelés általánosságban alacsony mellékhatásprofilja és a vesetoxicitás hiánya feltehetően jobban tolerálhatóvá teszi ezt a kezelést a hólyagtumoros betegek esetében a kemoterápiákhoz viszonyítva.

Következtetések

A fentiekből összefoglalásképpen az alábbi lényeges felismerések emelendők ki:

- a TUR-t követő azonnali intravesicalis kemoinstillációból legtöbbet a TaG1 húgyhólyagtumoros betegek profitálnak,

- a T1G3-betegek közül a 70 évesnél idősebbek, a 3 cm-nél nagyobb tumorosak, a CIS-szel rendelkezők és a mély lamina propria inváziót mutató betegek a legrosszabb prognózisúak, így elsősorban önük javasolt a korai cystectomy,
- közepes és magas kockázatú felszínes hólyagtumoros betegek BCG-kezelésének sikertelensége esetén, a nanopartikula albumin-kötött paclitaxellel történő intravesicalis instilláció alacsony mellékhatásprofilú, eredményes kezelésnek ígérkezik,
- reményt keltő anti-PDL1 immunterápiáról számoltak be metasztatikus hólyagtumorban szenvedő betegek kezelése során.

Irodalom

1. Pajor L, Bajory Z. A noninvazív hólyagdaganat kezelése. A Magyar Urológia Irányelvei Szeged: 1-7, 2009.
2. Pajor L, Bajory Z. Az izominvazív és áttétes hólyagrák sebészeti kezelése. A Magyar Urológia Irányelvei Szeged: 7-12, 2009.
3. Witjes A, et al. Muscle-invasive and metastatic bladder cancer. EAU Guidelines 2014.
4. Babjuk M, et al. Non-muscle-invasive (Ta, T1 and CIS) Bladder Cancer. EAU Guidelines 2014.
5. Riesz P. Hólyagrák gyógyszeres kezelése. Háziorvos Továbbképző Szemle 2013; 7 (18): 442-445.
6. Riesz P, et al. A hólyagdaganatok patológiai jellegzetességeinek értékelése az urológus szemszögéből. Onkológia 2014; 4 (4): 5-9.
7. Malte Rieken, et al. Long-term Cancer-specific Outcomes of TaG1 Urothelial Carcinoma of the Bladder. Eur Urol 2014; 65: 201-209.
8. Jorg R. Oddens, et al. The Effect of Age on the Efficacy of Maintenance Bacillus Calmette-Guérin Relative to Maintenance Epirubicin in Patients with Stage Ta T1 Urothelial Bladder Cancer: Results from EORTC Genito-Urinary Group Study 30911. Eur Urol 2014; 66: 694-701.
9. Paolo Gontero, et al. Prognostic Factors and Risk Groups in T1G3 Non-Muscle-invasive Bladder Cancer Patients Initially Treated with Bacillus Calmette-Guérin: Results of a Retrospective Multicenter Study of 2451 Patients. Eur Urol 2015; 67: 74-82.
10. Bernard H. Bochner, et al. Comparing Open Radical Cystectomy and Robot-assisted Laparoscopic Radical Cystectomy: A Randomized Clinical Trial. Eur Urol 2014. doi: 10.1016/j.eururo.2014.11.043
11. Coran N. Sternberg, et al. Immediate versus deferred chemotherapy after radical cystectomy in patients with pT3-pT4 or N+ M0 urothelial carcinoma of the bladder (EORTC 30994): an intergroup, open-label, randomised phase 3 trial. Lancet Oncol 2015; 16: 76-86.
12. Homayoun Zargar, et al. Multicenter Assessment of Neoadjuvant Chemotherapy for Muscle-invasive Bladder Cancer. Eur Urol 2015; 67: 241-249.
13. James M. McKiernan, et al. Phase II Trial of Intravesical Nanoparticle Albumin Bound Paclitaxel of the Treatment of Nonmuscle Invasive Urothelial Carcinoma of the Bladder after bacillus Calmette-Guérin Treatment Failure. J Urol 2014; 192: 1633-1638.
14. Thomas Powles, et al. MPDL3280A (anti-PD-L1) treatment leads to clinical activity in metastatic bladder cancer. Nature 2014; 515: 558-569.

HEREDAGANATOK

Szántó Árpád dr.

Pécsi Tudományegyetem, Urológiai Klinika, Pécs (igazgató: Farkas László dr.)

Az I. stádiumú heredaganatok kezelése

Az I. stádiumú heredaganat-betegség nagyon magas százaléban gyógyítható, az optimális betegség management a mai napig vitatéma. A korábban alkalmazott primer lokális terápiák elvesztették jelentőségüket (seminoma esetében az irradiáció, non-seminomában a retroperitonealis lymphadenec-

tomia), szerepüket a surveillance és az alacsony dózisú kemoterápiás kezelések vették át (1. táblázat).

Az adjuváns és salvage kemoterápiák magas hosszú távú kockázatainak ismeretében egyre markánsabban fogalmazódik meg az az igény, hogy a lehető legkevesebb beteget tegyünk ki a kemoterápia ártalmainak, növelni szükséges a surveillance arányát. A SWENOTECA (svéd-norvég heredaganatkutató-csoport) adatai alapján a kezelés versus surveillance dilemmát a rizikófaktorok ismerete alapján szükséges eldönteni.

1. TÁBLÁZAT: KEZELÉSI LEHETŐSÉGEK I. STÁDIUMÚ HEREDAGANATOK ESETÉBEN

	Seminoma	Nonseminoma
Local treatment	Retikuloepitelmális	Retikuloepitelmális
Systemic treatment	Carboplatin x 1, AUC7	BEP x 1
None	Surveillance	Surveillance
Cure rate short term (5-years)	99 %	99 %
Overall survival (20 years+)	?	?
Morbidity (20 years+)	?	?

I. stádiumú nonseminómában (NS) behatárolt metasztatikus potenciállal bírt. Eszerint az AS mérlegelendő opció szelektált betegeknél ahol a műtét kockázata nagy, vagy a beteg életkilátása behatárolt.

További nyirokér-invázió (lymph veseel invasion – LVI +) esetén az 5 éves relapszusmentes túlélés surveillance esetében csak 58,3%-nak adódott, szemben a nyirokérinvázió-mentes (LVI –) esetek 86,5%-os eredményével. Összesített irodalmi adatok alapján seminómában (S) a relapszus ráta alacsony kockázatú esetben átlagosan 5%, magas kockázatú esetben 20-30%, non seminomák esetén ez az arány 15% versus 50%-nak adódott. A jelenlegi SWENOTECA-ajánlás alapján alacsony kockázatú seminómában és nonseminómában az ajánlott kezelés surveillance, amennyiben a beteget alaposan tájékoztatták, ezt elfogadja és szándékát írásban is megerősíti. Magas kockázatú seminoma betegség esetén a beteg számára opcióként ajánlható fel a surveillance lehetősége az alacsony dózisú kaptoplatin kezelés alternatívájaként. Magas kockázatú non-seminoma esetén egy ciklus BEP-kezelés elvégzése javasolt (2. táblázat).

A szisztémás kezelés során fellépő késői károsodások jelentősége

A heretumor-betegség szisztémás kezelése során fellépő késői károsodások létét évek, évtizedek óta ismerjük, amelyekért elsősorban a sugárkezelés és a szisztémás kemoterápia felelősek. Ezek a másodlagos tumorbetegségek magasabb aránya, a fokozott hajlam a szív- és érrendszeri betegségekre, a vese és idegrendszeri károsodások, halláskárosodás, a hypogonadizmus és fertilitási gondok, valamint az egyén pszichoszociális problémái. A betegek gondozása során, amely a legtöbb esetben évtizedekig tart, ezen károsodások korai felismerésére, kezelésére is törekedni kell.

A másodlagos tumoros betegségek fokozott kockázati arányát jól mutatja, pl. hogy a 20 éves korban lezajlott kezelés következtében a beteg 70 éves korában átlagosan 40% esély mutatkozik más daganat kialakulására szemben a normálpopuláció 20%-os arányával. Ezek a tumorok elsősorban renocelluláris karcinóma, pajzsmirigydaganatok és lágyszövet-szarkómák formájában jelentkeznek.

A posztkemoterápiás retroperitoneális lymphadenectomia szerepe

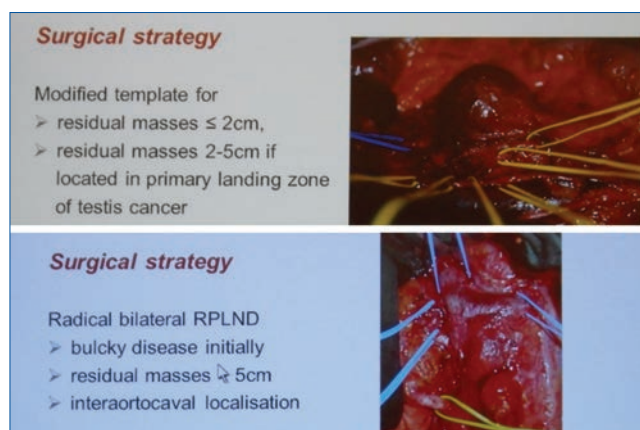
A posztkemoterápiás retroperitoneális lymphadenectomia (PC-RPLND) helye és szerepe alaposan átértékelődött az elmúlt 10-20 év során. A beavatkozás része volt és marad is a

2. TÁBLÁZAT: KEZELÉSI AJÁNLÁS I. STÁDIUMÚ HEREDAGANATOS BETEGEK ESETÉBEN

	Seminoma	Non-seminoma
Alacsony kockázat	Surveillance	Surveillance
Magas kockázat	Surveillance Carboplatin AUC7 1x	BEP 1x

heredaganat-betegség komplex kezelésének. A beavatkozás megtervezésekor rendkívül alaposan tanulmányozzuk a képalkotó-vizsgálatok képi eredményeit, gondolkodjunk szükség szerint interdiszciplináris segítségben, ellenőrizzük a tumor-markereket közvetlenül a beavatkozás előtt is és legyünk tisztában saját korlátaikkal is. Irodalmi adatok alapján a PC-RPLND-s centrumokban végzett beavatkozások átlagos szövődemény rátája 0,5%-os, szemben a nem itt történt beavatkozások 6,0%-os arányával.

Vitatéma, hogy lehetséges-e surveillance-t folytatni az 1 cm-nél kisebb posztkemoterápiás elváltozások esetén. Jelenleg érvényes konszenzus alapján amennyiben IGCCCG szerinti jó prognózisú betegségben a teratoma aránya nem haladta meg az 50%-ot, a tumor-markerek negatívak és a lézió valóban kisebb minden radiológiai vizsgálat szerint is 1 cm-nél, a surveillance megvalósítható a beteg egyetértésével. Minden felsoroltól eltérő paraméter esetén a PC-RPLND elvégzendő. Korábbi felfogásunk szerint a PC-RPLND minden esetben radikális, bilaterális beavatkozást jelentett, a megfelelő magas szövődeményráttával. Heidenreich 2010-ben a European Urology-ban megjelent tanulmánya és az általa meghirdetett „Heidenreich-kritériumok” alapján a PC-RPLND kiterjedése, kiterjesztése más megvilágításba került (Heidenreich et al., Eur Urol 2010.). A kritériumok szerint amennyiben a metasztázis mérete nem haladja meg a 2 cm-t, avagy 2 és 5 cm közötti, de az elhelyezkedése a heretumor-metasztázisokra jellegzetes helyen („primary landing zone”) észlelhető, unilaterális vagy modifikált templátok eltávolítása elégséges. Bilaterális, radikális műtétet kell végezni iniciális „bulky disease”, avagy 5 cm-nél

1. ÁBRA: A PC-RPLND KITERJEDÉSE HEIDENREICH-KRITÉRIUMOK ALAPJÁN

nagyobb metasztázis vagy interaortocavalis lokalizáció esetén is (1. ábra).

Ezen kritériumok megerősítése megtörtént, Vallier-tanulmányában a Heidenreich szerinti klasszifikáció alapján szelektált betegek egyikénél sem fordul elő hibás szelekció.

Ajánlások:

- a PC-RPLND a metasztatikus betegség kezelésének integráns része!
- rendkívül nagy sebészi gyakorlatot kíván!
- 1 cm-nél kisebb képlet és jó prognózis esetén a műtét elhagyható,
- modifikált templátok eltávolítására van mód 1–5 cm közötti méret és típusos elhelyezkedés esetén,
- minden más esetben radikális kétoldali RPLND elvégzése szükséges,
- környező szervi érintettség, kiterjesztett sebészi beavatkozások aránya 25%!

Irodalom

1. Oldenburg J, Cullen M, Tandstad T. Primum non nocere: do we harm stage I testicular cancer patients less by applying adjuvant chemotherapy than by failing to present this option? *Ann Oncol* 2015 Feb; 26 (2): 255–6.
2. Oldenburg J, Aparicio J, Beyer J, et al. On behalf of: SWENOTECA (Swedish Norwegian Testicular Cancer group), the Italian Germ Cell Cancer Group (IGG), Spanish Germ Cell Cancer Group (SGCCG): Personalizing, not patronizing: the case for patient autonomy by unbiased presentation of management options in stage I testicular cancer. *Ann Oncol* 2014.
3. Cohn-Cedermark G, Stahl O, Tandstad T. Surveillance vs. adjuvant therapy of clinical stage I testicular tumors – a review and the SWENOTECA experience. *Andrology* 2015 Jan; 3 (1): 102–10.
4. Papachristofilou A, Cathomas R, Bedke J, et al. Optimizing treatment of seminoma stage IIA/B step by step. *Ann Oncol* 2013 Sep; 24 (9): 246.
5. External validation of the Heidenreich criteria for patient selection for unilateral or bilateral retroperitoneal lymph node dissection for post-chemotherapy residual masses of testicular cancer. *World J Urol* 2014 Dec; 32 (6): 1573–8.
6. Daneshmand S, Albers P, Fosså SD, et al. Contemporary management of postchemotherapy testis cancer. *Eur Urol* 2012 Nov; 62 (5): 867–76.
7. Giannarini G, Klaus-Peter Dieckmann, Peter Albers, et al. Organ-Sparing Surgery for Adult Testicular Tumours: A Systematic Review of the Literature. *European Urology* 2010 May; 5 (57): 780–710.

KEDVES KOLLEGÁK!

Az uroginékológia a nőgyógyászat és az urológia határterületét jelentette régen és napjainkban is. Számos országban külön képzési rendszere van ennek a diszciplínának. Hazánkban a Magyar Nőorvos Társaság keretén belül régóta működött az uroginékológiai szekció, mely két éve történt tisztújítás után új lendülettel próbálja az interdiszciplináris szakterülettel foglalkozó kollégákat összefogni, továbbképző tanfolyamokat és tudományos üléseket szervezni. A szekció egyik fő célkitűzése az uroginékológiai licence vizsga feltételrendszerének megalkotása, illetve akkreditált képzést követően történő vizsga megszervezése. A licence elnyeréséhez szükséges elméleti és gyakorlati képzés olyan ismeretanyagot tartalmaz, mely segíti az uroginékológiai határterülettel foglalkozó kollégák napi tevékenységét, a jobb, minőségi betegellátást.

Nagy örömmel és szeretettel várjuk a kedves kollégákat „Az urogenitalis prolapsusok sebészi kezelése” című akkreditált tanfolyamra, mely egyben az uroginékológiai szekció első önálló tudományos kongresszusa is lesz. A tanfolyam és a kongresszus helyszínül a kiváló adottságokkal rendelkező ceglédi Aquarell Hotelt választottuk, mely a hideg téli hónapok után április közepén a színvonalas szakmai program biztosítása mellett jó lehetőséget kínál egy kis tavaszi felfrissülésre is.

A továbbképző előadások megtartására az urogenitalis prolapsusok sebészi kezelésével foglalkozó meghatározó hazai nőgyógyászokat és urológusokat hívtuk meg. A gyakorlati ismeretanyag átadást szolgálják a ceglédi Toldy Ferenc Kórház Szülészeti és Nőgyógyászati Osztályáról a tanfolyam, a kongresszus helyszínére kiközvetített élő műtėti bemutatók, illetve azok a prolapsus műtétek melyeket kiváló, gyakorlott magyarországi szakemberek intézetükben végeztek és a tanfolyam szervezőinek felkérésére oktatófilm formájában a tanfolyamon prezentálnak. A felkért előadások mellett szereplési lehetőséget biztosítunk a tanfolyam hallgatói, illetve a kongresszus résztvevői számára is. Tekintettel arra, hogy gyakorlati ismeretekről van szó, az urogenitalis prolapsusok műtėti megoldásait bemutató rövid video prezentációk megtartására van mód, előzetes előadás bejelentést követően.

Bízunk benne, hogy tanfolyam és kongresszus felkeltette érdeklődésüket és nagy számban üdvözölhetjük Önöket Cegléden 2015 áprilisában. A tanfolyam elvégzése 20 továbbképző pont elszámolását teszi lehetővé.

Várunk szeretettel minden kedves kollégát és érdeklődőt.

Dr. Endrődi Tamás

társelnök

MNT és MUT közös

Uroginékológiai Szekciója

Dr. Majoros Attila

társelnök

MNT és MUT közös

Uroginékológiai Szekciója

90 ÉVE TÖRTÉNT

A tudományos kutatás hazai eredményeinek művelését nagyban elősegítették a különböző orvosi egyesületek, társaságok. A 19–20. század fordulóján már több évtizedes munkásságot tudott maga mögött a Magyar Királyi Orvos Egyesület, mely a Pesten és Budán működő orvosok tudományos tevékenységének előmozdítása céljából jött létre 1837 októberében. Az Egyesület működése 1837-től kezdve folyamatos volt. Az erről szóló irat Regia Societas Medica Buda-Pestiensis néven, azaz „budapestiként” említi az Egyesületet. Az Egyesület rendes tagjai eleinte csak Pesten vagy Budán lakó orvosok lehettek. Sebészeket, majd néhány esetben medikusokat csak a század utolsó két évtizedétől fogadtak maguk közé. Rendkívüli vagy levelező tagnak néhány olyan külföldön, vagy vidéken lakó orvost is megválasztottak, akik kiemelkedő kutató orvosi, tudományos tevékenységet folytattak.

Az első urológus tudományos társaság (az első urológiai klinikához hasonlóan) Franciaországban alakult. Ez a SIU (Société Internationale d'Urologie), az alapítás éve 1907. Az I. világháború után 1921-ben a társaságot nemzetközi részvétellel újjáalakították, de tagjai sorába a vesztes országokat nem vették fel.

1924-ben vált időszerűvé az önálló urológiai társasággá tömörülés, 1924. december 10-én tartották az alakuló ülést. Megválasztották tisztikart: *elnök Illyés Géza, alelnök Haberern Jonatán Pál, titkár Farkas Ignác*² lett. A társaságnak 127 rendes tagja és 15 nemzetközi tekintélyű tiszteletbeli, illetve levelező tagja volt. Szinte havi rendszerességgel rendeztek üléseket Budapesten tudományos előadásokkal egybekötve, évente pedig országos összejevetelt.

¹Haberern Jonatán Pál (Szarvas, 1855. nov. 30.-Bp., 1936. jan. 5.): urológus-sebész. A budapesti egyetemen 1879-ben szerzett orvosi oklevelet. 1879-től 1882-ig a hallei és bécsi sebészeti klinikán dolgozott. Hazatérve 1887-ig a Lumnitzer-klinikán tanársegéd, 1888-tól 1927-ig a Rókus Kórház főorvosa. 1892-ben a csont- és ízületi sebészeti bántalmakból magántanár, 1923-ban c. rk. tanár. Az I. világháborúban törzsorvos. 1922-ben a Sebésztársaság, melynek alapító tagja volt, elnökévé választotta. ²Az amerikai úti Szeretetskórház igazgatója, urológus főorvosa, a transurethralis reszekció hazai alkalmazásának az úttörője volt.

Magyar Urológiai Társaság alakuló közgyűlése

megtartott 1924 december 10-én d. n. fél 7 órakor.

Megjelentek: az I-es, II-es és III-as számú iveken alolirottak, mint alapítók.

Illyés Géza egyetemi tanár, az előkészítő bizottság elnöke, ismerteti, hogy a Társaság megalakítása azáltal vált szükségessé, hogy a magyar urológiai tudományokat továbbfejlesszük és a nemzetközi tudományos élettel szorosabb kapcsolatot tarthassunk fenn. Felkéri a jelenlevő dr. Haberern Jonatán Pál egyetemi tanárt a korelnökségre.

Haberern korelnök, Lobmayer felszólalására vonatkozólag hivatkozik az alapszabályok 7. §-ára, amelyben benn van, hogy ülések és gyűlések tartandók, már pedig a gyűlések alatt az évi nagygyűlések is értendők.

Haberern korelnök, Pickler felszólalására vonatkozólag kijelenti, hogy az ülések idejének megállapítása az elnökség hatáskörébe tartozik, amely tekintetbe fogja venni ezt az indítványt.

Haberern korelnök feltett kérdésére a közgyűlés elhatározza, hogy az alapszabályokat eredeti felolvasott formájukban fogadja el.

Alapi Henrik javasolja, hogy az előkészítő bizottság által indítványozott tisztikart egyhangulag válasszák meg és felolvassa a tervezett ideiglenes tisztikar névsorát: elnök Illyés Géza, alelnök Haberern Jonatán Pál, titkár Farkas Ignác, pénztáros Boross Ernő, ellenőr Szabó Ince. Választmányi tagok: Alapi Henrik, Feleký Hugó, Mező Béla, Ráskai Dezső, Rihmer Béla és Unterberg Hugó; póttagok: Bojtha Lajos András és Remete Jenő.

Köszönet egyhangulag megválasztja fentieket, mire **Haberern korelnök** az ideiglenes tisztikart megválasztottnak jelenti ki és felkéri Illyés Gézát az elnökség átvételére.

Illyés elnök köszönetet mond a megválasztott ideiglenes tisztikar nevében és kijelenti, hogy a tisztikar igyekezni fog a beléhelyezett bizalomnak megfelelőleg mindent elkövetni, a magyar urológiai tudományok továbbfejlesztésére.

Illyés elnök bejelenti továbbá, hogy az alapszabályokat felterjeszti Budapesti Székesfőváros Tanácsa útján a M. Kir. Belügyminisztériumhoz jóváhagyás végett.

Stossmann Rudolf üdvözlő a megválasztott elnököt és indítványozza, hogy az alakítási munkálatok körül kifejtett tevékenységéért a közgyűlés neki jegyzőkönyvi köszönetet szavazzon meg.

Köszönet fenti indítványt egyhangulag elfogadja.

Illyés elnök köszönetét fejezi ki és felkéri a jegyzőkönyv hitelesítésére Eln. Rudolf és Borza Jenő urakat.

Illyés elnök bejelenti, hogy az egyesület első tudományos ülést január havában fogja megtartani és felkéri a tagokat, hogy az egyesület tudományos munkájában minél nagyobb számban vegyenek részt.

Több hozzászóló nem lévén.

Illyés elnök az alakuló közgyűlést bezárja.

Hitelesítő tagok:

Eln. Rudolf, Borza Jenő

Dr. Illyés Géza,
elnök.

Dr. Steiner József
jegyző.

RÉSZLET A TÁRSASÁG ALAPSZABÁLYÁBÓL

Minimál invazív eljárások az urológiában No 6

A Dél-pesti Kórház első, minimál invazív beavatkozásokkal foglalkozó tudományos ülést 2009-ben rendezte a *dr. Tenke Péter* által vezetett Urológiai Osztály. A most januárban rendezett háromnapos műtéti bemutató és konferencia tehát már a hatodik a sorban. Az első napon – múlt évtől kezdődően – a fiatal szakorvosjelöltek előadással mérettetik meg magukat, melynek része egy laparoszkópos tréning is. Előadásukat és manuális készségüket egy bizottság értékeli, melynek során a lényeg, hogy minél többet tanuljanak, épüljenek, hozzászokjanak az önálló előadói és műtéti tevékenységhez. Hagyományosan az európai legjobbak szerepelnek aztán a pénteki napon, majd szombaton sorra kerülnek a hazai szakemberek is, közben előadások hangzanak el a résztvevőktől. Az élő műtéti bemutató egy igen nehéz műfaj. A szervezés, a lebonyolítás, a technikai háttér biztosítása és a betegek posztoperatív ellátása a házigazdák részéről igényel óriási felkészültséget és munkát, maga a műtét az operatőr részéről igényel igen nagy tapasztalatot, jártasságot és leleményt. Gondoljuk csak meg, milyen idegen környezetben, mikrofonnal, fülessel operálni, válaszolni a kérdésekre, mindezenre figyelni!

A hallgatóság viszont nagy nyertese az ilyen típusú rendezvényeknek, hiszen a tapasztalatszerzésnek ez a leghatékonyabb módja. Az urológiában egyébként is igaz, hogy az ördög a részletekben van, ez méginkább igaz a laparoszkópiára, ahol minden kis trükk, fogás, ötlet számít. Itt lehet igazán tapasztalatot gyűjteni, legyen az akár megerősítés, saját munkánk visszaigazolása, vagy akár egy módszer kritikája, amit esetleg másképpen csinálnánk otthon. *Stolzenburg professzor*, aki a rendezvények mindegyikén eddig fő szerepet kapott, most nem tudott jönni, *Liatsikos doktor* helyettesítette, aki egy laparoszkópos cystectomiát végzett, lymphadenectomiával, nagyszerűen.

Két új vendég, a cseh *Marek Schidt* és a lengyel *Piotr Chlosta* mutatkozott be, egy nephrectomiát és egy prostatectomiát végezve. *Prof. Dr. Arnulf Stenzl* Tübingenből egy új módszert, a Hybridknife eszközt mutatta be. A módszer segítségével a hólyagtumort nagy nyomású vízáramlással választják le a hólyagfalról és távolítják el. A delután folyamán további műtéti bemutatókat láttunk, a részvétel és az aktivitás azonban változatlan maradt, több mint százan voltak.



A következő napon hazai szakemberek tartottak bemutató műtétet, az újdonság most az volt, hogy a „második generáció” is kapott lehetőséget. Így a Dél-pesti Kórházból Kovács Béla dr., a Honvédkórházból Nallbani Marcel dr. végeztek egy-egy laparoszkópos prostatectomiát, idegkímélő módszerrel, mindketten nagyszerűen. Ugyancsak szép műtéteket láthattunk a többi hazai résztvevőtől is,



bármelyik megálta volna a helyét nemzetközi bemutatón is. A nemzetközi kongresszusoktól eltérően azonban a Dél-Pesti bemutató és konferencia még mindig térítésmentesen tudta ezt a magas színvonalú tapasztalatszerzést biztosítani. Köszönjük. Várjuk a folytatást.

Böszörményi-Nagy Géza dr.

Beszámoló a 28. Fűvészkerti Urológus Napokról

2015. február 20-21-én a várnegyedben lévő Hilton Hotel adott otthont az eseménynek. A hagyománynak megfelelően a rendezvény alapvető célját képezte a különböző korú és beosztású urológusok továbbképzése és a szakorvosjelöltek tanítása egyaránt. A tanfolyamot elnöklő Nyirády professzor megnyitójában két kiemelt téma, az uroonkológia és a vesekőveség jelentőségét hangsúlyozta. A meghívott előadók között Pajor László és Farkas László személyében a 65. évét betöltő két egyetemi tanárt köszöntött és kívánt erőt, egészséget, sok örömet további szakmai munkájukban, magánéletükben.

Előadásában Pajor professzor az igényes klinikus és a korszerű kórismézési eljárásokat felhasználó patológus gyümölcsöző együttműködését mutatta be a hólyagdaganatok gyógyításában. Farkas professzor az áttétképző prosztaták hatékony kezelésének lehetőségeit ismertette. Külföldi meghívottként a Lengyel Urológus Társaság megválasztott elnöke, Piotr Chłosta krakkói professzor a laparoszkópos és nyílt cystectomiák összehasonlító értékelését adta meg, bőséges saját tapasztalatok és irodalmi adatok alapján. A vesekőveségek korszerű kezelésének bemutatására a hazánkból Párizsba elszármazott Hoznek András kapott meghívást. Széleskörű személyes gyakorlatán keresztül mutatta be a korszerű perkután és transzureteralis köbészlet lehetőségeit, teljesítőképességét. Eredményeit a hazai gyakorlattal összehasonlítva Nyirády professzor rámutatott az endoszkópos kőeltávolítás elhanyagoltabb voltára. Meghívott külföldi előadónk volt Maurizio Brausi professzor Milánóból, aki az uroonkológia témakörében a nemrég lezajlott Európai Uroonkológiai Kongresszuson elhangzottakból tartott előadást. A szintén ezen a kongresszuson elhangzott újdonságok, szakmai irányelvek összefoglalóját Riesz Péter, Bajory Zoltán, Szűcs Miklós és Szántó Árpád tolmácsolta nekünk.

Nagy hangsúlyt kapott a továbbképzésen a jóindulatú prosztatamegnagyobbodás és a prosztaták témaköre. Az áttétet adó prosztaták csonteseményeinek megelőzésében Buzogány István és Szendrői Attila előadása hangsúlyozta az időben elkezdett terápia fontosságát. A prosztaták csontáttéteinek kezelésében Kúronya Zsófia és Riesz Péter esetismertetéseken keresztül mutatta be a gyógyítási lehetőségeket és az eredményeiket. Torday László és Horváth András a prostatadaganat progressziójának megelőzéséről, eddigi klinikai tapasztalatokról számolt be.

A BPH témakörében Szendrői Attila ismertette az európai irányelveket, majd kerekasztal keretében, Nyirády Péter, Nagy Károly, Szűcs Miklós és Pytel Ákos a hatékony kezelés kezdetét, a társuló kórképek elkülönítését, a megfelelő, személyre szabott terápia megválasztását hangsúlyozták. A BPH/LUTS aktuális kérdéseivel, a hazai és a nemzetközi helyzettel, a betegek életminőségével Szántó Árpád, Majoros Attila, Kovács Ágnes és Sebők Boglárka foglalkozott.

Meghívott előadónk Mezey György, labdarúgó, edző, a neveléstudomány kandidátusa színesítette továbbképzésünket élettrajzi előadásával. A 2013-as év fekvőbeteg-ellátásáról, az urológiai ellátás jelen körülmények melletti javításának lehetőségeiről Böszörményi Nagy Géza számolt be. A krónikus prostatitisz terápiaiban a pszichológiai kezelés fontosságáról Szabó Zsuzsanna esetein át ismerkedhettünk meg. Andrológia témakörében Fekete Ferenc a férfi szexuális problémák kezelésének újdonságait mutatta be. A fiatalok színes poszter szekciója zárta az előadássorozatot, a gyermekurologia, andrológia, vesekőbészlet, urodinámia, infektológia, vesetumor és prosztaták témakörében.

Vargha Judit dr.

urell®

Tőzegáfonya kivonat étrend-kiegészítő

garantált proanthocyanidin (PAC) tartalommal

120 mg Eur módszerrel mérve

36 mg BL-DMAC módszerrel mérve



120 mg PAC Eur
36 mg BL-DMAC

www.urell.hu • www.sanadis.hu

2015		
Időpont	Rendezvény megnevezése	Helyszín
Ápr. 10–11.	2 nd EULIS Postgraduate Workshop on Urolithiasis	Budapest
Ápr. 16–17.	UROGENITALIS PROLAPSUSOK SEBÉSZI KEZELÉSE A Magyar Nőorvos Társaság és a Magyar Urológus Társaság közös urogynecologiai szekciójának I. Tudományos Kongresszusa	Cegléd
Máj. 8–9.	X. Határterületi Mikroinvazív Beavatkozások Konferencia és Továbbképző Tanfolyam	Herceghalom
Máj. 14–16.	Magyar Sebész Társaság Kísérletes Sebészeti Szekció XXV. Jubileumi Kongresszusa	Pécs
Máj. 15–20.	Annual AUA Meeting 2015	New Orleans /USA
Máj. 22.	Magyar Uronkológus Társaság VI. Kongresszusa (MUOT)	Budapest
Máj. 29–Jún. 2.	American Society of Clinical Oncology (ASCO) Annual Meeting 2015	Chicago /USA
Jún. 4–6.	Challenges in Laparoscopy and Robotics (EAU CILR)	Isztambul
Jún. 6.	EBU Nemzetközi szóbeli szakvizsga	Budapest
Jún. 12–13.	MUT Dunántúli Szekció Ülése	Tatabánya
Szept. 3–5.	3 rd Meeting of the EAU Section of Urolithiasis (EULIS)	Alicante
Szept. 3–9.	13 th European Urology Residents Education Programme (EUREP)	Prága
Szept. 23–26.	67 th Congress of the German Society of Urology (DGU)	Hamburg
Okt. 1–5.	33 th World Congress of Endourology and SWL	London
Okt. 5–9.	Annual Meeting of the International Continence Society (ICS)	Montreal
Okt. 15–18.	35 th Congress of the Société Internationale d'Urologie (SIU)	Melburn
Nov. 12–14.	Magyar STI Társaság XX. Nagygyűlése	Budapest
2016		
Márc. 3–7.	ASCO 2016	Chicago/USA
Okt. 20–23.	36 th Congress of the Société Internationale d'Urologie (SIU)	Buenos Aires
Szept. 28–Okt. 1.	68 th Congress of the German Society of Urology (DGU)	Lipcse
Nov. 8–12.	34 th World Congress of Endourology and SWL (WCE 2016)	Cape Town

**26th ESPU Congress, Joint Meeting with
ICCS + SPU + AAP/SOU + AAPU + SFU**

PRAGUE CONGRESS CENTER,
14–17 OCTOBER 2015



**ESUR2015
22ND EUROPEAN SYMPOSIUM ON
UROGENITAL RADIOLOGY**

COPENHAGEN, 16–19 SEPTEMBER 2015



Vadonatúj PDE5-
gátló hatóanyag^{2,9}

Vonzó lehetőség ED-s férfiak számára⁴

Spedra®
avanafil

Gyors^{1,2} és hosszantartó hatás^{1,3}

Magas elégedettségi ráta⁵, gyors hatáskezdet^{1,2}

Hosszantartó ereksiós hatás^{1,2,3}

Egyedülálló farmakokinetikai profil⁶

Kiemelkedő szelektivitás^{7,8}

Kevés mellékhatás^{3,8}



Spedra 50 mg, 100 mg, 200 mg tabletta

Rövidített alkalmazási előírás

Összetétel: 50 mg, 100 mg illetve 200 mg avanafil tabletta. **Javallatok:** Erectilis dysfunctio kezelése felnőtt férfiaknál. **Adagolás:** A javasolt adag 100 mg, melyet szükség szerint, a szexuális tevékenység előtt hozzávetőleg 15-30 perccel kell bevenni. Az egyéni hatásosság és tolerálhatóság alapján az adag legfeljebb 200 mg-ra növelhető vagy 50 mg-ra csökkenthető. A maximális javasolt adagolási gyakoriság: naponta egyszer. A terápiás válaszhoz szexuális stimuláció szükséges. **Ellenjavallatok:** A készítmény hatóanyagával vagy bármely segédanyagával szembeni túlérzékenység. Szerves nitrát vagy nitrogén-oxid donorok (mint az amil nitrát) bármely formáját szedő betegek. Előzetesen fennálló cardiovascularis betegség esetén a Spedra felírása előtt a kezelőorvosnak mérlegelnie kell a szexuális aktivitás potenciális kardiális kockázatát. Az avanafil alkalmazása ellenjavallt: olyan betegeknek, akik az elmúlt 6 hónapban myocardialis infarctusban, stroke-ban vagy életveszélyes arhythmia-ban szenvedtek; nyugalmi hypotoniában (vérnyomás < 90/50 Hgmm) vagy hypertoniában (vérnyomás > 170/100 Hgmm) szenvedő betegeknek; instabil anginában, szexuális tevékenységre jelentkező anginában vagy a New York Heart Association szerinti 2. vagy annál magasabb stádiumba

sorolt pangásos szívelégtelenségben szenvedő betegeknek. Súlyos májkárosodásban (Child-Pugh C osztály) szenvedő betegek. Súlyos vesekárosodásban (30 ml/perc értéknél alacsonyabb kreatininclearance) szenvedő betegek. Olyan betegek, akiknek a féldoldali látásvesztését nem arteritises eredetű elülső ischaemiás opticus neuropathia (NAION) okozta, függetlenül attól, hogy ez az epizód összefüggésben volt-e 5-ös típusú foszfodiészteráz (PDE5-) gátló korábbi szedésével. A retina ismert örökletes degeneratív betegségeiben szenvedő betegek. Erős CYP3A4-gátlókat (köztük a ketokonazolt, ritonavirt, atazanavirt, klaritromicint, indinavirt, itraconazolt, nefazodont, nelfinavirt, szakvinavirt és telitromicint) alkalmazó betegek. **Leggyakoribb mellékhatások (>0,1%):** fejfájás, kipirosodás, orrdugulás, szédülés, aluszékonyság, sinus eredetű fejfájás, homályos látás, palpáció, hőhullám, sinus pangás, terhelési dyspnoe, dyspepsia, hányinger, hányás, gyomortáji diszkomfort, hátfájás, izommerevség, fáradtság, emelkedett májenzimszintek, rendellenes elektrokardiogram, emelkedett szívfrekvencia. **Kiadhatóság:** Kizárólag orvosi rendelvényhez kötött gyógyszer (V). EU/1/13/B41/001-003. **Alkalmazási előírás dátuma:** 2015. 01. 22. Bővebb információért olvassa el a gyógyszer alkalmazási előírását! Ártalmogatásban nem részesülnek. **A dokumentum lezárásának időpontja:** 2015. 02. 11. **Érvényességi dátum:** 2016. 02. 11.

A Vivus Inc. és Mitsubishi Tanabe Pharma Corporation licence alapján.

▼ Ez a gyógyszer fokozott felügyelet alatt áll, mely lehetővé teszi az új gyógyszerbiztonsági információk gyors azonosítását. Az egészségügyi szakembereket arra kérjük, hogy jelentsenek bármilyen feltételezett mellékhatást!

Referenciák:

1. Goldstein I et al. J Sex Med 2012; 9(4):1122-1133
2. Kedia GT et al Ther Adv Urol 2013; 5(1):35-41.
3. Belkoff LH et al Int J Clin Pract 2013; 67(4):333-341.
4. Hellstorm WJG et al BJU Int. 2012; 111:137-147.
5. Limin M et al Expert Opin Investig Drugs. 2010;19(11):1427-37.
6. Alwaal A et al Drug Des Devel Ther. 2011;5:435-43.
7. Kedia et al. Ther Adv Urol (2013) 5(1) 35-41
8. Wang R et al. J Sex Med 2012; 9:2122-2129.
9. Spedra alkalmazási előírás





**BERLIN-CHEMIE
MENARINI**

2040 Budaörs, Neumann J. u. 1.
Telefon: 06 23 501 301

SPE2015#2303#

FÉRJAPA HEGYMÁSZÓ FÉRFI VAGYOK

 Kedvező hatásossági és biztonságossági profil, melyet 8 klinikai vizsgálatban értékelték, több, mint 2000 betegnél.^{2,4,5}

 Az egyetlen, használatra kész, előretöltött fecskendőben rendelkezésre álló leuprorelin implantátum³

 Minőségi, megfizethető prosztatarák-kezelés



**LEUPRORELIN
SANDOZ®**

Kontrollált hormonszintek² az élet szolgáltatásban¹

A prosztata daganatban szenvedő betegek életének szolgáltatásban¹

Sandoz Hungária Kft.
1114 Budapest, Bartók Béla út 43-47.
Tel.: 430-2890
Fax: 430-2899
web: www.sandoz.hu

Rövidített alkalmazási előírás • Leuprorelin Sandoz® 3,6 mg és 5 mg implantátum

Összetétel: 3,6 mg, ill. 5 mg leuprorelin-acetát implantátumként. **Javallatok:** Bőrehaladott stádiumú prosztatacarcinómák palliatív kezelése. **Adagolás:** A kezelés javallattal meg kell határozni a hosszú távú kezelés ellenőrzését a tumor terápiaiban jártas szakorvosnak kell végeznie. Egy implantátumot az előlő hasfal bőre alá kell injektálni. Az injekció beadása előtt lokális érzéstelenítés alkalmazható. A Leuprorelin Sandoz implantátum első beadása előtt kb. 5 nappal kiegészítő kezelésként ajánlott egy antandrogén szer alkalmazását megkezdeni. Az alkalmazás megkezdésekor és 3 hónapos kezelés után a szérum PSA- és teljes tesztoszteron szinteket meg kell határozni. **Leuprorelin Sandoz 3,6 mg implantátum:** Az ajánlott adag havonta 1-szer egy 3,6 mg leuprorelin implantátum. A második beadást követően kivételes esetekben legfeljebb két héttel lehet késleltetni a beadást anélkül, hogy a legtöbb betegnél a terápiás hatás csökkenne. **Leuprorelin Sandoz 5 mg implantátum:** Az ajánlott adag 3 havonta 1-szer egy 5 mg leuprorelin implantátum. Amennyiben kivételes esetekben a beadás maximum 4 héttel késik, a terápiás hatás nem csökkenhet a betegek többségénél. **Ellenjavallatok:** A készítmény hatóanyagával vagy bármely segédanyagával, vagy egyéb LHRH analógok szerbéli túlérzékenység. Bizonyítottan nem hormonterápiás karcinómák. Nők, gyermekek. **Figyelemztetések:** Hypertensióban szenvedő betegeket gondosan ellenőrizni kell. Fokozott a depresszió kialakulásának kockázata, mely súlyos is lehet. Megfigyeltek allergiás és anaphylaxis reakciókat, amelyeknek lehetnek a beadás helyén jelentkező helyi, vagy szisztémás tünetek. Műteti kasztrációt követően a leuprorelin további tesztoszteron koncentráció csökkenését nem okoz. A kezelés kezdetén jelentkező rövid távú szérum tesztoszteron koncentráció emelkedése miatt, ami átmenetileg bizonyos tünetek felszólását okozhatja, a kezelés első néhány hetében a neurológiai komplikációk, spinális metastasis és húgyúti obstrukció kockázatával rendelkező betegeket, amennyire lehetséges, felvételkor-ellenőrzés, folyamatosan ellenőrizni kell. A kezelés kezdetén

megfontolandó megfelelő antandrogén kiegészítő alkalmazása a kezdeti tesztoszteron hullám lehetséges következményének és a klinikai tünetek rosszabbodásának csillapítása érdekében. A terápia sikerességét klinikai vizsgálatokkal (a prosztata rektális digitális vizsgálata, ultrahang, kontrasztográfia, komputerizált tomográfia), a foszfát és/vagy a prosztata-specifikus antigén (PSA) és a szérum tesztoszteronszint ellenőrzésével rendszeresen monitorozni kell, de különösen, ha a megfelelő kezelés ellenére a progresszió nyilvánvaló. Az LHRH analógokkal történő hosszú távú terápia következtében megjelent hipogonadizmus és/vagy az orchidectomia osteoporosishoz vezet, ami a törések fokozott kockázatával jár. Az osteoporosis kifejlődése sokkal kifejezettebb (és emelkedett kockázattal jár) orchidectomia után, mint LHRH analógok alkalmazását követően. A magas kockázati betegeknél bioszintetikus kiegészítő alkalmazásával a csont demineralizáció megelőzhető. Néhány LHRH analóggal kezelt betegnél a glükokortikoid megváltozásáról számoltak be. A Leuprorelin Sandoz implantátummal történő kezelés alatt a cukorbetegséget nagyon gondosan ellenőrizni kell. A gépjárművezetéshez és gépek kezeléséhez szükséges képességek romlanak. **Gyógyszerköcsönhatások:** Nem ismert. **Terhesség, szoptatás:** A készítmény kizárólag férfi betegek kezelésére alkalmas. **Mellekhatások:** **Leuprorelin Sandoz 3,6 mg implantátum:** Nagyon gyakori: hőhullámok rohamoszerű verejtékezés; csökkent libido és a szexuális teljesítőképesség csökkenése; fokozott izadási. **Gyakori:** étvágyvesztés; alvászavarok; hangulatváltozások; depresszió; parasthesia; nocturia; dysuria; pollakiuria. **Leuprorelin**

Sandoz 5 mg implantátum: Nagyon gyakori: testtömeg csökkenése; hőhullámok; csökkent libido és a szexuális teljesítőképesség csökkenése vagy megszűnése; a heek méretének csökkenése; fokozott izadási; reakciók az injekció beadásának helyén pl. bőrvörösség, fájdalom, ödéma, viszketés, amelyek általában elmúlnak a kezelés folytatása esetén. **Gyakori:** étvágyvesztés; étvágyvesztés; testtömegvesztés; hangulatváltozások; depresszió; alvászavarok; fejfájás; parasthesia; hányinger; hányás; izületi fájdalom és/vagy hátfájás; izomgyengeség; perineális fájdalom; felső hasi fájdalom; nocturia; dysuria; pollakiuria; gynecomatia; fáradtság; perifériás ödéma; általános gyengeség; LDH, transzaminázok (ALT, AST), gamma-GT és alkalikus foszfatáz szintjének emelkedése, amit az alapbetegség is okozhat. Az egyéb, nem gyakori, ritka, nagyon ritka és nem ismert gyakorisággal előforduló mellékhatások kérését lásd az alkalmazási előírás 4.8. pontja alatt. **Megjegyzés:** 4-8 (lét keresztes). **Összefoglalás:** I/II csoport. Korlátozott érvényű orvosi rendelőnyhez kötött, szakorvosi kórház diagnózist követően folytatott szakorvosi ellenőrzés mellett alkalmazható gyógyszer (Sz). **Forgalomba hozatali engedély jogosultja:** Sandoz Hungária Kft., Magyarország. **Forgalomba hozatali engedély száma(i):** Leuprorelin Sandoz® 3,6 mg implantátum: OGYI-T-21283/01, Leuprorelin Sandoz® 5 mg implantátum: OGYI-T-21283/02. **A szöveg frissítésének dátuma:** 2014.07.21.

Bővebb információért olvassa el a gyógyszer teljes alkalmazási előírását!

Árak*	bruttó áruházi ár	kisemelt támogatás összege	kisemelt térítési díj
Leuprorelin Sandoz® 3,6 mg implantátum, 1x	26 923 Ft	26 623 Ft	300 Ft
Leuprorelin Sandoz® 5 mg implantátum, 1x	74 806 Ft	74 506 Ft	300 Ft

* A 2014. október 1-jétől érvényes árak alapján. Az árak és az árváltozások a www.oep.hu weboldalon követhetők nyomon.